

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

OUI, JE SOUTIENS CLAIRE AMITIÉ DANS LA DURÉE :

En signant ce mandat, j'autorise l'Association à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et j'autorise ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l'Association.

chaque mois 30 € 50 € 150 €
 autre montant €

chaque trimestre 150 € 300 € 600 €
 autre montant €

Vos coordonnées bancaires :

.....
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN

.....
Code international d'identification de votre banque - BIC

Fait à,

Le [.....]

Signature obligatoire

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN RELEVÉ IBAN

Ce mandat et
votre relevé IBAN
sont à renvoyer à :

Les Amis de Claire Amitié
59 rue de l'Ourcq
75019 Paris
FRANCE
N° ICS FR32ZZ442918

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vous pouvez suspendre l'exécution des prélèvements par simple courrier à l'association.