JE RÉPARTIS MON DON GRÂCE AU PRÉLÈVEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association Diocésaine de Cahors à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association Diocésaine de Cahors. À réception de ce mandat, l'Association Diocésaine de Cahors vous communiquera votre Référence Unique de Mandat (RUM), les informations relatives à vos prochains prélèvements et les contacts pour toute demande ou démarche concernant votre mandat de prélèvement. **Merci de compléter les différents champs et de retourner ce mandat signé, accompagné impérativement de votre RIB / IBAN.**

LE DÉBITEUR

À compléter par vos soins.

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

E-mail.....

Paroisse.....

Coordonnées de votre compte :
IBAN

BIC

Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

LE BÉNÉFICIAIRE

Association Diocésaine de Cahors
134 rue Frédéric Suisse • 46000 Cahors

ICS : FR92ZZZ407403

RUM :
(ne pas remplir)

VOTRE DON RÉGULIER

Paiement récurrent

Somme de : .....€

❑ par mois ❑ par trimestre

à partir du 5 du mois de ...../ 20.....

Fait à : ..... le ...../...../ 20.....

Signature :