Mandat de prélèvement SEPA

❒ Chaque mois ❒ Chaque trimestre

❒ 20 € ❒ 35 € ❒ 75 € ❒ 150 € ❒ Autre : ....€

Nom et adresse postale de ma banque

Nom : ....

Adresse : ....

....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : ....

Identification internationale (IBAN)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Identification internationale de la banque (BIC)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° ICS : FR92ZZZ407403

Fait à : ....

Date : |_|_| |_|_| |_|_|

Signature indispensable

IMPORTANT
N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)

Votre prélèvement est identifié par une référence unique de mandat (RUM), l'Association Diocésaine de Cahors vous le communiquera avec votre échéancier.

À renvoyer à :

Association Diocésaine de Cahors
134, rue Frédéric Suisse - 46000 CAHORS

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise l'Association Diocésaine de Cahors à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l'Association Diocésaine de Cahors. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque suivant les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.