

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AMCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre Compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'AMCE.
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.

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom / Prénom :

Adresse :

Code Postale :

Ville :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : Association des Musulmans de
Contrexéville & ses Environs.

Adresse : 71 route d'Outrancourt

Code Postale : 88140

Ville : Contrexéville

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) (1)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC) (2)

_____ (____)

PAIEMENT RÉCURRENT / RÉPÉTITIF SELON LA FRÉQUENCE

(MENSUELLE, TRIMESTRIELLE, SEMESTRIELLE) :

OBJET DU MANDAT : AMCE

La présente demande est valable jusqu'à son annulation de ma part, notifiée à l'association des Musulmans de Contrexéville et ses Musulmans 88140 Contrexéville.

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER :

Fait à :

Le : _____

(1) IBAN = Identification Bank Account Number
(2) BIC = Bank Identifier Code

Joindre un Relevé d'identité Bancaire (au format IBAN BIC)

Nous nous engageons à respecter la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004. Aucune information personnelle ne sera collectée à votre insu, ne sera utilisée à d'autres finalités que celles de notre association.

Association à but non lucratif régie par la loi 1901 & 1905.