BULLETIN DE SOUTIEN RÉGULIER

OUI , je soutiens durablement les actions de l'Association en choisissant le prélèvement automatique récurrent.
J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever chaque mois le montant de :

☐ 8 € ☐ 10 € ☐ 15 € ☐ 30 € ☐ autre montant : _____ €

Ce prélèvement commencera le 10 du mois de : _____

MERCI DE JOINDRE UN RIB

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - à compléter

À compléter par l'ACGPCAC

RUM :

ID CRÉANCIER SEPA : FR37ZZZ539731

Nom et adresse du créancier :
Association Les Chiens Guides d'Aveugles de Provence Côte d'Azur Corse
Espace Fred Farrugia - 15, rue Michelet - 06100 Nice

Complétez vos coordonnées

☐ Melle ☐ Mme ☐ M. ☐ M. et Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise l'Association "Les Chiens Guides d'Aveugles de Provence Côte d'Azur Corse" à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l'ACGPCAC. Je bénéficie du droit d'être remboursé selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec ma banque. Une demande de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

Complétez vos coordonnées bancaires

IBAN

CODE BIC

Signature, date et lieu :
(obligatoires)

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévu aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés en écrivant à l'Association "Les Chiens Guides d'Aveugles de Provence Côte d'Azur Corse".

BULLETIN DE SOUTIEN RÉGULIER

OUI , je soutiens durablement les actions de l'Association en choisissant le prélèvement automatique récurrent.
J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever chaque mois le montant de :

☐ 8 € ☐ 10 € ☐ 15 € ☐ 30 € ☐ autre montant : _____ €

Ce prélèvement commencera le 10 du mois de : _____

MERCI DE JOINDRE UN RIB

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - à compléter

À compléter par l'ACGPCAC

RUM :

ID CRÉANCIER SEPA : FR37ZZZ539731

Nom et adresse du créancier :
Association Les Chiens Guides d'Aveugles de Provence Côte d'Azur Corse
Espace Fred Farrugia - 15, rue Michelet - 06100 Nice

Complétez vos coordonnées

☐ Melle ☐ Mme ☐ M. ☐ M. et Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise l'Association "Les Chiens Guides d'Aveugles de Provence Côte d'Azur Corse" à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l'ACGPCAC. Je bénéficie du droit d'être remboursé selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec ma banque. Une demande de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

Complétez vos coordonnées bancaires

IBAN

CODE BIC

Signature, date et lieu :
(obligatoires)

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévu aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés en écrivant à l'Association "Les Chiens Guides d'Aveugles de Provence Côte d'Azur Corse".