

► 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 : FR92 ZZZ 427 773

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 d'Agen vous le communiquera avec votre échéancier.

À renvoyer dans l'enveloppe jointe à :

Association Diocésaine d'Agen
5 rue Roger Johan
47000 Agen

En signant ce mandat pour un prélèvement régulier, j'autorise l'Association Diocésaine d'Agen à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte. Ma banque continuera à le débiter, conformément aux instructions de l'Association Diocésaine d'Agen. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.