

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Je réparti mon don grâce au prélèvement

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association diocésaine de Quimper 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 Quimper.

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.

Vos coordonnées

Nom :

Prénom :

N° et rue

Code Postal :

Ville :

Courriel (facultatif) :

Téléphone

IBAN :

BIC :

Fréquence du don : Mensuel Trimestriel

10€ 20€ 30€ Autre montant€

Merci de joindre un relève d'identité bancaire

Nom du créancier : Association diocésaine de Quimper

Référence du mandat :

Identifiant du créancier : FR82DEN387407

Fait à : Le :/...../.....

Signature (obligatoire)

A retourner à : Association diocésaine de Quimper
3 rue de Rosmadec
CS 42009
29018 Quimper cedex