Devenez partenaire de nos activités sociales et culturelles

ב"ה

• MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA •

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le BETH 'HABAD à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque conformément aux instructions du Beth Habad 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 sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

DÉBITEUR

Nom du donateur : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone/portable : .....

Mail : ..... @ .....

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

N°Iban :

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

N° BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Siren/Siret : .....

CRÉANCIER

Identifiant créancier SEPA :	**FR16ZZZ80C989**
Informations créancier :	**ASSOCIATIONS BETH HABAD MARSEILLE 7 EME**
IBAN :	**FR76 1009 6182 8000 0936 8550 113**
Adresse :	**155 Corniche Kennedy - 13007 Marseille**

Montant de la participation : ..... € en ..... mensualité(s)

Tous les 5 du mois à partir du : .....

Type de paiement: ☐ Paiement récurrent/répétitif ☐ Paiement ponctuel

Signé le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

à : .....

SIGNATURE

© Tous droits réservés - Juin 2018 • iSTdesign