Mandat de Prélèvement SEPA

Apportez-nous votre soutien régulier !

à compléter et à retourner au Beth 'Habad Seine et Marne 55, av. des Lilas 77340 Pontault Combault

OUI, je souhaite apporter un soutien régulier aux actions sociales et humanitaires du BETH HABAD SEINE ET MARNE

❍ **26 €** ❍ **36 €** ❍ **54 €** ❍ **72 €** ❍ **90 €** ❍ **126 €** ❍ **180 €** ❍ **AUTRE _____**

Je désire que mon premier don soit prélevé le 10 de chaque mois à partir du _____.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez BETH HABAD SEINE ET MARNE - 55, Av. des Lilas 77340 Pontault Combault à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de BETH HABAD SEINE ET MARNE. 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.

Référence unique du mandat **DON - AIDE SOCIAL & HUMANITAIRE** - Identifiant créancier SEPA : FR92ZZZ520602

D É B I T E U R

Votre nom : _____

Votre adresse : _____

Code postal : _____ Ville: _____

Pays : _____

Téléphone : _____ Email : _____

C R É A N C I E R

Nom : **BETH HABAD SEINE ET MARNE**

Adresse : **55, AVENUE DES LILAS - 77340 PONTAULT COMBAULT - FRANCE**

I B A N

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

B I C

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Type de paiement :

☑ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

A : _____

Le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

SIGNATURE

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

Joindre impérativement un RIB/IBAN.