JE CHOISIS
LE PRÉLÈVEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association Diocésaine de Saint-Claude 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 Saint-Claude. À réception de ce mandat, l'Association Diocésaine de Saint-Claude vous communiquera votre Référence Unique de Mandat (RUM), les informations relatives à vos prochains prélèvements et les contacts pour toute demande ou démarche concernant votre mandat de prélèvement. **Merci de compléter les différents champs et de retourner ce mandat signé, accompagné de votre RIB / IBAN, à l'Association Diocésaine de Saint-Claude.**

INFORMATIONS CONCERNANT LE DÉBITEUR

À compléter par vos soins

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... **Ville** .....

Téléphone .....

E-mail .....

Coordonnées de votre compte

IBAN

BIC | | | | | | | | | | | |

Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire

INFORMATIONS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Association Diocésaine de Saint-Claude
21 rue Saint-Roch • BP 70085 • 39801 Poligny cedex
ICS : FR47ZZZ397349
RUM :
(ne pas remplir)

VOTRE DON RÉGULIER

Somme de : ..... €

❑ par mois ❑ par trimestre Date : ❑ le 5 ❑ le 25

Fait à : ....., le ..... / ..... / 2018
Signature :