

▶ **Mandat de prélèvement SEPA** (à partir du 10//2024)

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 : FR47ZZZ405109

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).

À renvoyer dans l'enveloppe T jointe ou à :
ASSOCIATION DIOCÉSAINE DE BESANÇON
3 rue de la Convention
25041 BESANÇON CEDEX

En signant ce mandat pour un prélèvement régulier, j'autorise l'Association diocésaine de Besançon à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte. Ma banque continuera à le débiter, conformément aux instructions de l'Association diocésaine de Besançon. 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.