MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

DENIER DE L'ÉGLISE

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever la somme de ..... €

☐ **Chaque mois** à compter du 15 2017

☐ **Chaque trimestre** (15 janvier, 15 avril, 15 juillet, 15 octobre)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : ..... Pays : .....

RUM (À compléter par l'Association diocésaine) :

En signant ce mandat, j'autorise l'ASSOCIATION DIOCESAINE DE TOURS à envoyer des instructions à ma banque et j'autorise ma banque à débiter mon compte, conformément aux instructions de l'ASSOCIATION DIOCESAINE. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une éventuelle demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Association diocésaine de Tours
27 rue Jules Simon - B.P. 41117 - 37011 Tours Cedex 1

ID CRÉANCIER SEPA : FR11ADT388976

COMPLÉTEZ VOS COORDONNÉES BANCAIRES

IBAN

CODE BIC

Date et lieu :

Signature obligatoire :

Merci de joindre un RIB

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévu aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés en écrivant à l'Association Diocésaine de Tours. **Note** : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.