FORMULAIRE DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

À remplir, signer et envoyer à CEFA, 3 bis Rue Ferdinand de Lesseps 60200 Compiègne

JOINDRE IMPERATIVEMENT UN IBAN

Cadre réservé à l'association CEFA	
Référence unique du mandat :	**Identifiant créancier SEPA :** FR 17 ZZZ 626033

Je souhaite faire un don régulier, le **10 de chaque mois** :

PAR MOIS : ☐ 5 € ☐ 10 € ☐ 20 € ☐ 30 € ☐ 50 €

Autre montant, (précisez) : ..... €

Je souhaite que mon premier don **récurrent (répétitif)** soit prélevé sur mon compte bancaire à partir du ...../...../.....

Nom :	**Prénom :** .....
Téléphone :	**Email :** .....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

A. L'association CEFA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter de votre compte
B. Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'association CEFA

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Débiteur	Créancier
Nom : ..... **Prénom :** ..... **Adresse :** .... **Code postal :** ..... **Ville :** ..... **Pays :**	**CEFA** **3 bis Rue Ferdinand de Lesseps 60200 Compiègne** **FRANCE**

IBAN

BIC

À : ..... le : ...../...../.....

Signature

Nota : 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