Église catholique en Meurthe & Moselle

DIOCÈSE DE NANCY ET TOUL

OUI, je soutiens dans la durée la mission dans mon diocèse

MANDAT À RENVOYER DANS CETTE ENVELOPPE

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

VOIR MENTION RGPD AU DOS

Mandat de prélèvement SEPA

☐ chaque mois ☐ chaque trimestre

☐ 15 € ☐ 30 € ☐ 50 € ☐ 100 €

☐ autre ..... €

Prélèvement le 10 du mois. Reçu fiscal.

Nom et adresse postale de ma banque

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville : .....

Identification internationale (IBAN)

⌊_⌊_⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌋

Identification internationale de la banque (BIC)

⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌋

N° ICS : FR40ZZZ001327

Mes coordonnées

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville : .....

Ma paroisse : .....

Tél. : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Mail : .....@.....

Date de naissance : ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Fait à : ..... Date : ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Signature indispensable

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise l'Association diocésaine de Nancy à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte le 10 de chaque mois, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l'Association diocésaine de Nancy. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque suivant les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.