

# Mandat de prélèvement



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) L'ARCHEVECHE DE STRASBOURG

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'ARCHEVECHE DE STRASBOURG

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.

**ARCHEVECHE DE**



**STRASBOURG**

Référence unique du mandat :  
(information Arcevevêché)

Identifiant créancier SEPA : FR22ZZZ429227

**DébitEUR :**

**Créancier :**

Votre Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Nom ARCHEVECHE DE STRASBOURG

Votre Adresse \_\_\_\_\_ Adresse 16 RUE BRULEE

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code postal 67081 Ville STRASBOURG

Pays \_\_\_\_\_ Pays FRANCE

IBAN

BIC

Paiement :  Récurent/Répétitif  Ponctuel

A : \_\_\_\_\_ Le :

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Veillez compléter tous les champs du mandat. Joindre un RIB**

Je demande à être prélevé :

Signature :

A partir du 25/...../....., de la somme de .....€

Tous les :      mois                      trimestres                      ans

Autorisation renouvelable par tacite reconduction. Je reste libre, à tout moment, d'arrêter ou de modifier mon soutien, par simple lettre ou en téléphonant au 03.88.21.24.54.