Mandat de Prélèvement SEPA

Πατριαρχικὴ Ἐπισκοπὴ Ὀρθοδόξων

Patriarcat
copte orthodoxe
Diocèse de Paris
et du nord de la France

Référence unique du mandat:

Champ à compléter par le Diocèse

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Diocèse Copte Orthodoxe de Paris et du Nord de La France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Diocèse Copte Orthodoxe de Paris et du Nord de La France. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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:

Nom: **Prénom:**

Adresse:

CP: **Ville:** **Tél:**

Désignation du Compte à Débiter (*merci de remplir ou joindre un RIB***):**

IBAN:

BIC:

Montant Mensuel à débiter: **€**

Jour du mois souhaité: Le: | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | **de chaque mois**

Type de Paiement:

Paiement récurrent/répétitif ☐ **Paiement Ponctuel** ☐

Créancier:

Nom: Diocèse Copte Orthodoxe de Paris et du Nord de La France
ICS: FR 34 ZZZ 809BFC
Adresse: 19, Chemin de Paris 78111 Dammartin En Serve

Fait à:

Le: / / **2 0**

Signature :