כולל אברכים * עקס לע בעון

LE KOLLEL D'AIX-LES-BAINS

Lotissement les Châtaigniers – 20, Montée de la Reine Victoria – 73100 Tresserve.

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **Kollel d'Aix-Les-Bains** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **Kollel d'Aix-Les-Bains**.
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 huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les treize mois en cas de prélèvement non autorisé.

*Veuillez compléter les champs marqués d'un **

Référence unique du mandat :

Débiteur :

Votre Nom* : _____
Nom et Prénom du débiteur

Votre adresse* : _____
Numéro et nom de la rue

Code Postal* : |_|_|_|_|_| Ville* : _____

Pays* : _____

IBAN*: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BIC* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Créancier :

Identifiant créancier SEPA : **548627**
Le Kollel d'Aix-Les-Bains
20 Montée de la Reine Victoria
73100 Tresserve

Paiement: Récurrent/Répétitif.

Fait à* : _____ Le* : ____/____/_____

Signature* : Veuillez signer ici

A retourner accompagner d'un RIB à :

Le Kollel d'Aix-Les-Bains
20 Montée de la Reine Victoria
73100 Tresserve

Indiquez le montant dont vous souhaitez être prélevés chaque mois :

Le montant du prélèvement mensuel est de * _____ Euros, pendant * ____ mois.

Nouveau : Payez directement ou faites un don en ligne sur **http://www.kollel-aixlesbains.fr**