MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA
FORMULAIRE DE SOUTIEN RÉGULIER A L'ASSOCIATION

ALTER SOLIDARITÉ

155, Rue Pioch Bouchete

34400 SAINT CHRISTOL

A retourner à l'association dûment rempli

Mr Mme Melle *(entourer la situation vous concernant)*

Nom : Prénom :

Profession (facultatif) :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Tel (facultatif) : **E-mail** :

☐ **Je m'engage à soutenir régulièrement par prélèvement automatique d'un montant de :**

☐ **22€** ☐ **18€** ☐ **Autre montant :** ……..

le 7 de chaque mois les programmes développés par l'association Alter Solidarité.

Coordonnées de mon compte bancaire :

N° international d'identification bancaire (IBAN°

Code international d'identification de ma banque (BIC)

ASSOCIATION BÉNÉFICIAIRE : ALTER SOLIDARITÉ 155, Rue PIOCH BOUCHETE
34400 SAINT CHRISTOL
Tel 06 09 72 83 79 www.alter-solidarite.org

Référence unique du mandat :
Identifiant Créancier SEPA : FR46ZZZ85C4BC

A

Date : Signature :

☐ J'accepte de recevoir mon reçu fiscal par mail (**ne pas oublier de donner votre adresse mail ci-dessus**)

☐ Je souhaite recevoir mon reçu fiscal par courrier postal

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Alter Solidarité à envoyer des instructions à votre banque, et votre banque à débiter votre compte conformément à aux instructions d'Alter Solidarité. 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.