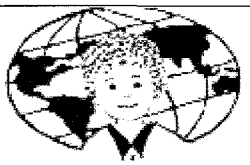
# MANDAT de Prélèvement SEPA

**Référence unique du Mandat :**
***(à compléter par Enfance et Vie)***



http:/www.enfanceetvie.org

**ENFANCE ET VIE**
109, rue du Docteur Calmette
**59120 LOOS**

Tel : 03.20.07.82.20
E-Mail : *enfance-et-vie@orange.fr*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **ENFANCE ET VIE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'**ENFANCE ET VIE.**

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter les champs marqués *

**Débiteur *(Donateur)***

Votre Nom et prénom * : _____

N° et rue * : _____

Complément d'adresse : _____

Code Postal * : _____ Ville * : _____ Pays * : _____

Adresse mail (facultatif) : _____@_____

Coordonnées bancaires IBAN * : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

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

**Créancier**

Nom : **Association ENFANCE et VIE**

I. C. S. Identifiant créancier SEPA : **FR86ZZZ46413**

N° et rue : **109, rue du Docteur Calmette**

Code Postal : **59120** Ville : **LOOS** Pays : **FRANCE**

Type de Paiement : Paiement récurent/répétitif ☑ Paiement ponctuel ☐

Fait à Ville * : _____ Date * : ____/____/_____

Signature

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

## Informations relatives au Don :

**Montant à prélever** _____ €

**Première Echéance** ____/____/_____

**Permanent** ☐ *cochez cette case ou :* ***(suspensions immédiate sur simple demande par lettre, courriel ou téléphone)***

**Dernière Echéance** ____/____/_____

**Périodicité** *(cochez ci-dessous)*

Mensuelle ☐ le 10 de chaque mois *(à compter de la 1ère échéance)*

Trimestrielle ☐ le 15 tous les 3 mois *(à compter de la 1ère échéance)*

Semestrielle ☐ le 20 tous les 6 mois *(à compter de la 1ère échéance)*

Annuelle ☐ le 25 tous les 12 mois *(à compter de la 1ère échéance)*

Action à soutenir _____

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son donateur. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels, que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

**A retourner à :** **Association ENFANCE ET VIE**
109, rue du Docteur Calmette
**59120 LOOS**

**Zone réservée à l'usage exclusif du créancier**