Mandat de prélèvement

Je souhaite apporter de l'espoir aux personnes atteintes de leucodystrophie

1 MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

○ Oui je souhaite soutenir régulièrement l'action d'ELA et je souscris au prélèvement automatique.
Association bénéficiaire (créancier) :
ELA · 2 rue Mi-les-Vignes · CS 61024
54521 LAXOU CEDEX
n° ICS : FR48ZZZ490257

2 JE PRÉCISE LE MONTANT :

○ Paiement répétitif
J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever en faveur d'ELA la somme de :

○ 5 € par mois
○ 10 € par mois
○ 15 € par mois
○ 20 € par mois
○ Autre montant :
.....€

Je joins impérativement un RIB à ce bulletin

3 J'INDIQUE MES COORDONNÉES

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

E-mail

4 J'INDIQUE LES COORDONNÉES DE MA BANQUE

Titulaire du compte

Domiciliation bancaire

COMPTE À DÉBITER (n° IBAN) :

Code BIC / SWIFT :

Signature (obligatoire) :

Date :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ELA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte, dès réception du présent mandat, conformément aux instructions d'ELA. 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.

Parlez-en autour de vous et diffusez ces bons.