

Demande de Prélèvements

Désignation du titulaire du compte à débiter
Nom, Prénom :
.....
Adresse :
.....
.....

Désignation de l'organisme créancier
Association « L'étoile des Enfants » Centre Hospitalier 1 route de Pencran – Lavallot 29800 LANDERNEAU

Je vous prie de bien vouloir désormais, faire prélever en faveur de l'organisme désigné ci-dessus sur le compte n°auprès de.....
.....(nom et adresse de l'établissement bancaire) de la somme deEuros.

Chaque mois

Chaque trimestre

Les présentes instructions sont valables jusqu'à annulation de ma part, à vous notifier en temps utile.

A....., Le

Signature

-----ne pas séparer-----

Autorisation de Prélèvements

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements qui seront émis à mon nom par l'association « L'étoile des Enfants ». En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec l'association « L'étoile des Enfants ».

N° National d'Emetteur
4 9 2 0 5 8

Désignation du titulaire du compte à débiter
Nom, Prénom :
.....
Adresse :
.....
.....

Désignation de l'établissement teneur du compte
Nom : Crédit Mutuel de Bretagne Agence de Quimper
Adresse : 15 place terre au Duc 29000 QUIMPER

Désignation du compte à débiter	
Codes	Clé
Etablisst Guichet N° du compte RIB	
_____	_____

Désignation de l'organisme créancier
Association « L'étoile des Enfants » Centre Hospitalier 1 route de Pencran – Lavallot 29800 LANDERNEAU 15589 29714 04294735240 63

Date
Signature du titulaire du compte à débiter

Prière de remettre les deux parties de cet imprimé à L'association « L'étoile des Enfants » sans les séparer, en y joignant obligatoirement **Un Relevé d'Identité Bancaire récent.**