



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **L'Association Culturelle des Musulmans de Raïsmes (ACMR)** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **L'ACMR**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Référence unique du mandat : **++**

Identifiant créancier SEPA : **FR94ZZZ547241**

Débiteur :

Créancier :

Votre Nom : _____
Votre Adresse : _____

Nom : **L'Association Culturelle des Musulmans de Raïsmes (ACMR)**
Adresse : **130 rue de Thiers**

Code postal : _____ Ville : _____

Code postal : **59590** Ville : **Raïsmes**

Pays : _____

Pays : **France**

IBAN :

BIC :

Paiement : Répétitif Ponctuel

Somme à prélever :€

le de chaque mois (de préférence le 4)

à compter du :/...../201..

A : _____

Le :

Signature :

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

Veillez compléter tous les champs du mandat.