Autorisation de prélèvement

Je soussigné,

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

_____

Code postal _____ Ville _____

autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, un prélèvement de :

❑ 15 € ❑ Autre : ..... €

montant correspondant à mon soutien aux Chiens Guides d'Aveugles de l'Ouest. Ce prélèvement devra être effectué tous les :

❑ mois ❑ trimestres ❑ semestres ❑ années

Ces instructions sont valables jusqu'à nouvel ordre de ma part et je vous aviserai en cas d'annulation.
Ce prélèvement commencera le 10 du mois de : _____

Date : Signature (obligatoire) :

Indiquez ici les nom et adresse de votre banque ou centre de CCP

Établissement _____

Adresse _____

_____

Code postal _____ Ville _____

Recopiez ici les indications mentionnées sur votre R.I.B. ou R.I.P.

Code Établ.	Code Guichet	N° Compte	Clé

IMPORTANT : MERCI DE JOINDRE UN R.I.B. ou R.I.P.