FONDS CSP
VAINCRE LA CHOLANGITE SCLÉROSANTE PRIMITIVE

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Fonds CSP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Fonds CSP. 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.

DÉBITEUR / TITULAIRE DU COMPTE

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Adresse

CP Ville

CRÉANCIER

Identifiant créancier SEPA
FR20ZZZ808AF6
Fonds CSP
115, rue de l'Abbé Groult
75015 Paris

Référence Unique de Mandat:
FR20ZZZ808AF6.....
(à compléter par le Fonds CSP)

COORDONNÉES DU COMPTE À DÉBITER

IBAN

BIC

Montant à débiter € date du prélèvement :...../...../.....

☐ Prélèvement ponctuel ☐ Prélèvement récurrent le ..... chaque mois

Fait à ..... le ..../...../.....

Signature

Merci de joindre un RIB avec le mandat de prélèvement SEPA complété et de nous renvoyer les documents à l'adresse postale indiquée ci-dessus ou à contact@fonds-csp.org