

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **Communauté Israélite d'Aix-Les-Bains** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **Communauté Israélite d'Aix-Les-Bains**.



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 huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les treize mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veillez compléter les champs marqués d'un *

Référence unique du mandat :

Débiteur :

Votre Nom* :

Nom et Prénom du débiteur

Votre adresse* :

Numéro et nom de la rue

Code Postal* :

Ville* :

Pays* :

IBAN* :

BIC* :

Créancier :

Identifiant créancier SEPA : **FR20ZZ650714**

Communauté Israélite d'Aix-Les-Bains

7, Rue Paul Bonna

73100 Aix-Les-Bains

Paielement: Récurrent/Répétitif.

Fait à* :

Le* :

Signature* : Veuillez signer ici

A retourner accompagné d'un RIB à :

Communauté Israélite d'Aix-Les-Bains

7, Rue Paul Bonna

73100 Aix-Les-Bains

Indiquez le montant dont vous souhaitez être prélevés chaque mois :

Le montant du prélèvement mensuel est de * _____ Euros, pendant * _____ mois.

Nouveau : Payez directement votre cotisation ou faites un don en ligne sur <http://www.ci-aixlesbains.fr/cotisation>