SOUTIEN REGULIER PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Je souhaite aider la recherche pratiquée au C.R.L.C. Val d'Aurelle et je fais un versement mensuel de :

r 10,00 € r 15,00 € r ..... €

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever directement à partir de ce dernier, mon versement mensuel en faveur du C.R.L.C. Val d'Aurelle le 10 de chaque mois. Je peux suspendre cet accord à tout moment.

Fait à : ..... Le : .....

Signature (obligatoire) :

AUTORISATION DE PRELEVEMENT EN FAVEUR DU CENTRE VAL D'AURELLE

BENEFICIAIRE : **C.R.L.C. Val d'Aurelle**
Service financier
Parc Euromédecine
34298 MONTPELLIER CEDEX 5

Numéro d'émetteur : .....

VOS COORDONNEES :

NOM/Prénom : .....

Adresse.....

.....

Code Postal : ÿÿÿÿÿ Ville : .....

DESIGNATION DE VOTRE COMPTE :

Code Établissement : |__|__|__|__|__|

Code Guichet : |__|__|__|__|__|

N° de Compte : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Clé RIB |__|__|

ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE :

Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ÿÿÿÿÿ Ville : .....