

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR			
COMPTES A DEBITER			
Code Ets	Code guichet	N° de compte	RIB
DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER		
	Mécénat Chirurgie Cardiaque 33, rue Saint Augustin 75002 PARIS Tél. : 01 49 24 02 02 – Fax : 01 53 05 20 21		

Date

Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1/4/80 de la commission informatique et libertés.

----- ✂ -----

AUTORISATION DE PRELEVEMENT J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NUMERO NATIONAL D'EMETTEUR
N° 492.482

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
Mécénat Chirurgie Cardiaque 33, rue Saint Augustin 75002 PARIS Tél. : 01 49 24 02 02 – Fax : 01 53 05 20 21

COMPTES A DEBITER			
COMPTES A DEBITER			
Code Ets	Code guichet	N° de compte	RIB
NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER			

Date

signature

Prrière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier sans les séparer en y joignant obligatoirement un Relevé d'identité Bancaire (R.I.B)