SEPA
Single Euro Payments Area
Espace unique de paiement en euros

*Mandat de Prélèvement SEPA*

# Apportez-nous votre soutien régulier !

KEREN ESTHER

*à compléter et à retourner au KEREN ESTHER - 9, rue Parrot - 75012 PARIS*

**OUI, je souhaite apporter un soutien régulier aux actions sociales et humanitaires du KEREN ESTHER**

❍ **26 €** ❍ **36 €** ❍ **54 €** ❍ **72 €** ❍ **90 €** ❍ **126 €** ❍ **180 €** ❍ **AUTRE _____**

Je désire que mon premier don soit prélevé le 10 de chaque mois à partir du _____.

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez KEREN ESTHER - 116 rue de Charenton - 75012 PARIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de KEREN ESTHER. 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.*

Référence unique du mandat **DON - AIDE SOCIAL & HUMANITAIRE** - Identifiant créancier SEPA : FR31ZZZ614335

## D É B I T E U R

Votre nom : _____

Votre adresse : _____

Code postal : _____ Ville: _____

Pays : _____

Téléphone : _____ Email : _____

## C R É A N C I E R

Nom : **KEREN ESTHER**

Adresse : **9, RUE PARROT - 75012 PARIS - FRANCE**

I B A N

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

B I C

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Type de paiement :*

☑ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

A : _____

Le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

SIGNATURE

*Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

**Veuillez compléter tous les champs du mandat.**

**Joindre impérativement un RIB/IBAN.**