



Mandat de prélèvements SEPA

Créancier :	Fondation A.R.C.A.D –Aide et Recherche en Cancérologie Digestive- 4 rue Kléber, 92300 Levallois-Perret
Identifiant Créancier Sepa (ICS) de la Fondation A.R.C.A.D :	FR 64222804c25
Référence (RUM)* :	(*ne pas compléter, référence attribuée par la fondation)
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Fondation A.R.C.A.D –Aide et Recherche en Cancérologie Digestive- à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Fondation A.R.C.A.D –Aide et Recherche en Cancérologie Digestive-.	
Vous bénéficiez du droit d’être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.	
Type de paiement :	<input type="checkbox"/> ponctuel <input type="checkbox"/> récurrent - fréquence :
Montant du versement :€
Votre Nom, Prénom :
Votre Adresse :
Ville et Code postal :
Votre Numéro de compte (IBAN) :
BIC de votre banque :
Le (date) : A (lieu) : Signature :	
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir de votre banque.	
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n’être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client/donateur. Elles pourront donner lieu à l’exercice, par ce dernier, de ses droits d’oppositions, d’accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.	

Prière de joindre un relevé d’identité bancaire