

# JE CHOISIS DE DONNER CHAQUE MOIS :

8 €     10 €     20 €     \_ \_ \_ €



## Mandat de prélèvement SEPA :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Adresse email : \_\_\_\_\_

(Pour être informé de nos actions, nous ne diffusons pas votre adresse email à des tiers)

IBAN : \_\_\_\_\_ BIC : \_\_\_\_\_

(Merci de joindre obligatoirement un RIB)

ICS : FR74ZZZ432171

Le 1er prélèvement interviendra le 5 du mois suivant la réception de mon bulletin de soutien. Ma Référence Unique de Mandat (RUM) me sera communiquée ultérieurement, lors de la mise en place de mon prélèvement.

Je peux à tout moment suspendre ou interrompre mes prélèvements en appelant Elsa au 01 82 09 70 52 ou en lui écrivant à [contact@clowns-france.org](mailto:contact@clowns-france.org).

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Clowns Sans Frontières à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Clowns Sans Frontières. 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.

Bulletin à imprimer et à envoyer à : Clowns Sans Frontières France – 70bis rue de Romainville – 75 019 PARIS