MANDAT DE PRELEVEMENT MENSUEL EN FAVEUR DE KALAWEIT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever chaque mois sur mon compte, le

Identifiant Créancier Sepa (ICS): FR48ZZZ532452

oa.ic iiiaique		
Montant de chaq	que prélèvement (don) :	:
□ 5 € □ 20 □ 45	€	□ 10 €□ 30 €□ autre montant
> Type d'aide : □ don po	ur aider Kalaweit.	
□ parrain	age d'un gibbon ->nom de	e l'animal =
> Email :		
➤ Téléphone :		
BENEFICIAIRE	Association Kalaweit 69 rue Mouffetard 75005 Paris	
DONATEUR		
□ M □ Mme □	MIIe	
Nom :	Pre	énom :
Adresse :		
Code Postal :	Ville	:
Pays :		
Merci de joindre impé comportant les N° IB		ment comportant vos références bancaires
Fait à	s	SIGNATURE:
Le		

Je pourrai faire suspendre ces prélèvements par simple demande écrite (courrier ou email) à Kalaweit.

Merci de renvoyer ce mandat par courrier ou par email à : Association Kalaweit , 69 rue Mouffetard , 75005 Paris. Email : kalaweit.france@yahoo.fr / Tél : 07 86 01 18 87

Mention légale

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 de l'association bénéficiaire dans les conditions prévues par la délibération n°30 du 1.4.80 de la Commission Informatique et Libertés.

Conditions générales d'utilisation de votre mandat

montant indiqué ci-dessous

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Kalaweit à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de paiement de Kalaweit. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement 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 du débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.