

Ce bulletin est à adresser à l'association **EDC**. Cette adhésion prendra effet dans les 15 jours suivant la réception du bulletin par **EDC**.

Cadre réservé à EDC

N°Adhérent

Date de prise d'effet de l'adhésion :

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES CONCERNANT L'ADHÉRENT *

Nom : SALLES EDC

Prénom : Pascal

Date de naissance :

Adresse : 8 rue du pic de la Sabine

Code postal : 31750

Ville : ESCALQUENS

Tél. : 0567777822

E-mail : salles.p@edc.asso.fr

J'atteste avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association **EDC** (disponibles en ligne sur le site www.assoedc.com) et je souhaite adhérer.

J'autorise **EDC** à récupérer tous documents utiles auprès des sociétés ou des organismes concernés pour la constitution de mon dossier.

Le cas échéant, je m'engage à fournir tous les documents qui faciliteront mon accompagnement par l'association.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONSEILLER

Nom : MORILLON

Prénom : Stéphane

Tél. :

E-mail : stephane.morillon@smorillon.com

Entité commerciale : ICA PATRIMOINE

☒ J'autorise **EDC** à porter le suivi de mes dossiers concernant mon investissement immobilier à la connaissance du conseiller identifié sur le présent bulletin.


☒ J'autorise **EDC** à communiquer mes coordonnées au conseiller identifié ci-dessus.

Date et signature :

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'association EDC pour assurer le suivi de votre adhésion et répondre à vos sollicitations. Elles sont destinées à l'ensemble du personnel de l'association EDC.

Conformément à la loi «informatique et libertés», vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et le faire rectifier en nous adressant un mail à : mes-donnees@edc.asso.fr.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Cadre réservé à EDC		 <small>ASSOCIATION LOI 1901</small>
Nom du créancier	Association EDC	
ICS	FR31ZZZ429550 Identifiant Créancier SEPA 55 avenue Louis Breguet BP 54402 31405 TOULOUSE CEDEX 4 REFERENCE UNIQUE DU MANDAT <div></div>	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'association **EDC** à envoyer des instructions à votre banque ci-dessous référencée pour débiter votre compte du montant de la cotisation annuelle due en tant que membre de l'association.

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 huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

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

Nom du débiteur : **SALLES EDC**

Prénom : **Pascal**

Adresse : **8 rue du pic de la Sabine**

Code postal : **31750** Ville : **ESCALQUENS**

Pays : **FRANCE**

Lieu et date :

Signature :

Coordonnées de votre compte :

N° d'identification international du compte bancaire - IBAN

FR76 1120 6200 4159 9292 3510

Code international d'identification de votre banque - BIC

AGRIFRPP812

Type de prélèvements : **récurrent**

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. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.