



## OUI ! Je souhaite augmenter ma participation au DENIER

Paroisse : ...306..... Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

E-mail : ..... @ ..... Année de naissance : .....

Je verse à compter du ...../...../.....  chaque mois  chaque trimestre

La somme de ..... €

Fait à ..... le ...../...../.....

Vous avez déjà choisi le prélèvement automatique.

Sans Indication contraire de votre part, ce prélèvement se poursuivra automatiquement.

*Signature obligatoire*

### Si vous avez changé d'établissement bancaire, merci de remplir le bulletin ci-dessous



#### Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association diocésaine de l'Archidiocèse d'Aix à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association diocésaine de l'Archidiocèse d'Aix.

A réception de ce mandat, l'Association diocésaine de l'Archidiocèse d'Aix vous communiquera votre Référence Unique de Mandat (RUM), les informations relatives à vos prochains prélèvements, les contacts pour toute demande ou démarche concernant votre mandat de prélèvement (notamment vos droits au remboursement).

#### Informations concernant le bénéficiaire

**Association diocésaine de l'Archidiocèse d'Aix**  
**7 cours de la Trinité**  
**CS 70782**  
**13625 Aix en Provence Cedex 1**

ICS : **FR66ZZZ402051**

RUM :

**Merci de compléter les différents champs ci-dessous et de retourner ce mandat Signé, accompagné d'un RIB, à l'adresse ci-dessus**

#### Informations concernant le donateur

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Coordonnées de votre compte :

IBAN

BIC

#### Fréquence et montant du don :

Don régulier à partir du 10 /...../.....

chaque mois  chaque trimestre

Fait à Cabriès le ...../...../.....

*Signature obligatoire*