

# Donner par Prélèvement mensuel

## DONATEUR

Nom: .....  
Prénom: .....  
Adresse: .....  
CP: ..... Ville: .....

## BENEFICIAIRE

SOS-SDEROT - AUTORISATION 600 65  
93109 Montreuil Sous Bois Cedex  
Tel: 01.70.91.89.33 Fax: 01.70.91.89.34

J'autorise un prélèvement mensuel

de 18€ 26€ 50€ 100€ 150€ .....€

A compter du     
mois année

La présente autorisation restera valable jusqu'à nouvel ordre de ma part. Je pourrais sur simple demande suspendre ou mettre fin au présent prélèvement.

A ..... le .....

Signature  
du donateur



## Autorisation de prélèvement

### Titulaire du compte à débiter

Nom .....  
Prénom .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville .....

### Relevé d'identité bancaire

Code Banque   
Code Guichet   
Numéro de compte   
Clé R.I.B.

Je vous prie de bien vouloir débiter sans autre avis, à la condition qu'il présente la provision nécessaire, mon compte du montant de tous les avis de prélèvements établis à mon nom présentés par **SOS-SDEROT**

Signature  
du titulaire  
du compte  
à débiter

A ..... le .....