

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