

BULLETIN DE DON PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (PARTICULIERS)

Mandat de prélèvement SEPA



SOCIÉTÉ DES AMIS
DE VERSAILLES

Référence unique du mandat (RUM) _____

(NE PAS REMPLIR – partie réservée au créancier)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Société des Amis de Versailles à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la Société des Amis de Versailles.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursée(e) 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 de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

1. Je choisis de soutenir la Société des Amis de Versailles par prélèvement automatique :

Oui Non

Le 5 de chaque

2. Je choisis la fréquence de mon prélèvement :

Le 16 de chaque mois

Chaque trimestre

3. Je soutiens la Société des Amis de Versailles à hauteur de :€

Je bénéficie d'une réduction d'impôt sur le revenu de 66% dans la limite de 20% du revenu imposable

Par exemple, un don mensuel de 10€ me revient à 3,40€ par mois après réduction d'impôt

un don mensuel de 30€ me revient à 10,20€ par mois après réduction d'impôt

un don mensuel de 50€ me revient à 17€ par mois après réduction d'impôt

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

4. Je renseigne mes coordonnées (débiteur) :

Numéro d'adhérent de la Société des Amis de Versailles :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

E-mail :

Téléphone :

Désignation du compte à débiter (informations disponibles sur votre relevé d'identité bancaire)

IBAN (identifiant international de compte bancaire) _____

BIC/SWIFT (code d'identification bancaire) _____ (8 à 11 caractères)

5. Je retourne par courrier ce bulletin signé, accompagné d'un RIB

Je suis libre de modifier ou suspendre ce mandat à tout moment sur simple demande adressée à la Société des Amis de Versailles. Un reçu fiscal récapitulatif annuel me sera adressé.

Fait à

Le __ / __ / ____

Signature :

Coordonnées du créancier :

Société des Amis de Versailles

Château de Versailles – RP 834

78008 VERSAILLES CEDEX (FRANCE)

Numéro Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR58ZZZ856737