CBSP

Comité de Bienfaisance et de Secours aux Palestiniens

BULLETIN DE PARRAINAGE

(N° Rum : .....)
(réservé au CBSP)

1 - Vos coordonnées

☐ Mr ☐ Mme ☐ Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mobile : .....

Adresse mail : .....@..... (Écrire lisiblement svp)

Important : Veuillez nous informer rapidement de tout changement d'adresse, de téléphone ou de mail.

2 - Votre parrainage

Je souhaite parrainer :

☐ Un orphelin (25 € minimum) : .....€
☐ Une famille (50 € minimum) : .....€
☐ Un handicapé (25 € minimum) : .....€
☐ Un enfant (25 € minimum) : .....€

3 – Mode de paiement

Je choisis le mode de paiement suivant:

☐ Prélèvement SEPA (remplir le formulaire ci-dessous)
Attention : le livret A ne peut pas être utilisé pour le prélèvement
☐ Chèque ☐ Carte bancaire ☐ Espèce
☐ Virement ☐ Mandat compte (385 386 A – Nancy)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

ICS Créancier : FR62ZZZ431999

RUM (Référence Unique de Mandat) : ..... **(réservé au CBSP)**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le CBSP (Comité de Bienfaisance et de Secours aux Palestiniens) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CBSP. 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 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.*

Veuillez compléter les champs vides : (Joindre un RIB Obligatoirement)

Nom & prénom du débiteur: .....

Adresse : .....

.....

BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IBAN : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

Montant à prélever pour ce(s) dossier(s) : ..... **€,**

Si vous avez d'autres contrats, vous serez prélevé de la somme totale de .....€

Type de paiement : ☐ Paiement récurrent (mensuel) ☐ Ponctuel

Echéance de prélèvement : ☐ Le 03 du mois ☐ Le 10 du mois ☐ Le 20 du mois

Fait à : ..... ***Le :*** ..... ***Signature :*** .....

Cadre réservé au CBSP N° Donateur :

Dossier P n° :..... Nom du parrainé :.....

Enregistré par :..... Ville : .....

CBSP : 1 Avenue Hélène Boucher - 93120 La Courneuve – Tél. : 01.48.48.85.85 – Mail : parrainage@cbsp.fr