



Merci

Mandat de données pour européenne SEPA Direct Debit

Nom	Cliniclowns Belgique
Adresse	Krijgsbaan 212 B-2640 Mortsel
Pays	België
Creditor ID	BE 65ZZZ 0453979202

Par la signature de ce formulaire de mandat, j'autorise (A) Cliniclowns à envoyer un ordre à ma banque afin de débiter un montant de mon compte et (B) ma banque à débiter un montant de mon compte correspondant à l'ordre de Cliniclowns. Je peux me faire rembourser cette domiciliation européenne. Une demande de remboursement doit être introduite au maximum 8 semaines après que le montant ait été débité de mon compte. Je peux obtenir de l'information auprès de ma banque sur le remboursement et sur mes droits concernant ce mandat.

Informations personnelles

Nom	Mme. Françoise Grimard
Date de naissance	29-05-1954
Adresse	Rue Des Quairelles 19 5650 Walcourt
Adresse e-mail	fr.grimard@gmail.com
GSM	0476647474
Information par e-mail	Oui

Informations sur le mandat

Montant du don	€ 12
Moment du retrait	Au début du mois
Type de paiement	Domiciliation
IBAN	BE43750659390301
BIC	BPOTBEB1
Mandat ID	D781718017



Signature

J'ai bien été informé(e) que :

- Je donne à Cliniclowns l'autorisation de débiter le montant convenu mensuellement de mon compte bancaire par un SEPA Direct Débit européenne.
- Qu'il ne s'agit pas d'un don unique et que je soutiens jusqu'à renonciation.
- Si le total de mes dons atteint 40,00€ par année civile, je recevrai automatiquement une attestation fiscale dans le courant de l'année suivante.
- Je peux arrêter ma domiciliation à tout moment par un simple message à Cliniclowns: par e-mail à info@cliniclowns.be ou par téléphone: 03/458.79.00
- J'ai accès à tout moment à mes coordonnées et peux également les corriger si nécessaire.



Vous avez parlé avec Lora
Lieu Walcourt
Date 23-10-2017