JE FAIS UN DON !

☐ JE DONNE PAR CHÈQUE :

○ 100 € ○ 180 € ○ 240 € ○ 300 €

○ autre : ..... €

(chèque à l'ordre de l'Association Diocésaine de Cahors)

Je souhaite recevoir un reçu fiscal ❑ oui ❑ non

☐ JE FAIS UN DON RÉGULIER

pour soutenir fidèlement l'Église dans le Lot, et je remplis le mandat de prélèvement automatique au verso.

Merci de renvoyer votre don accompagné de ce bulletin dans l'enveloppe retour jointe, ou de le déposer directement à votre paroisse.

DE LA PART DE : ❑ Mme ❑ Mlle ❑ M.

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... **Ville** .....

Paroisse .....

E-mail .....

Année de naissance .....

Conformément à la loi du 6.01.78 relative à l'informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous conservez un droit d'accès et de rectification sur notre fichier. Le diocèse s'engage à ne pas céder, à des fins commerciales, toute information vous concernant.

JE RÉPARTIS MON DON GRÂCE AU PRÉLÈVEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association Diocésaine de Cahors à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association Diocésaine de Cahors. À réception de ce mandat, l'Association Diocésaine de Cahors vous communiquera votre Référence Unique de Mandat (RUM), les informations relatives à vos prochains prélèvements et les contacts pour toute demande ou démarche concernant votre mandat de prélèvement. **Merci de compléter les différents champs et de retourner ce mandat signé, accompagné impérativement de votre RIB / IBAN, à l'aide de l'enveloppe retour jointe.**

LE DÉBITEUR

À compléter par vos soins.

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... **Ville** .....

E-mail .....

Paroisse .....

Coordonnées de votre compte :

IBAN

BIC | | | | | | | | | | |

Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

LE BÉNÉFICIAIRE

Association Diocésaine de Cahors
134 rue Frédéric Suisse • 46000 Cahors

ICS : FR92ZZZ407403

RUM :
(ne pas remplir)

VOTRE DON RÉGULIER

Paiement récurrent

Somme de : ..... **€**

❑ **par mois** ❑ **par trimestre**

à partir du 5 du mois de ..... **/ 2018**

Fait à ..... le ..... / ..... / 2018

Signature :