Autorisation de prélèvement CSF Ossé

e soussigné(e) Mr ou Mme .....

esponsables légal de(s) enfant(s) : .....

- Autorise l'association CSF Ossé à procéder au prélèvement automatique. Je remplis le tableau ci-dessous **que j'accompagne d'un RIB.**

Nom du créancier	CSF Ossé
N° identifiant créancier SEPA (ICS)	FR68ZZZ829CF5
Adresse du créancier	18 rue de la Mairie - Ossé 35410 CHATEAUGIRON France
Débiteur (vous) Nom et prénom du titulaire du compte	
Adresse du débiteur	
Nom et adresse de la banque	
Code BIC de la banque	
IBAN du débiteur	

- Je ne souhaite pas être prélevé et m'engage à régler toute facture à réception. J'acte que l'inscription de nos ou notre enfant(s) sera refusée en cas de non-paiement.

Je colle ici mon RIB

Date et signature du ou des débiteur(s) :