

VOTRE DON AU DENIER DE L'ÉGLISE

› JE FAIS UN DON PAR CHÈQUE DE :

30 € 60 € 100 € 200 €

autre montant : €

à l'ordre de l'Association Diocésaine de Cambrai.

› JE CHOISIS LE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE :

je remplis le verso de ce bulletin.

À l'aide de l'enveloppe-réponse jointe, merci d'envoyer votre don accompagné de ce bulletin à :

Association Diocésaine de Cambrai

11 rue du Grand Séminaire • CS 80149 • 59403 Cambrai cedex

› JE PEUX FAIRE UN DON EN LIGNE SUR :

www.denierchti.fr

› À PROPOS DE VOUS :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Paroisse :

E-mail : *(facultatif)*

Année de naissance : *(facultatif)*

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'Association Diocésaine pour la gestion des donateurs. Elles sont conservées pendant 10 ans et sont destinées au service de l'économat diocésain. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant l'Association Diocésaine. L'Association Diocésaine s'engage à ne pas céder, échanger ou louer ses adresses à l'exception de quelques partenariats ponctuels avec des organismes dignes de confiance. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case .



Le Denier
Diocèse de Cambrai

VOTRE SOUTIEN RÉGULIER AU DENIER DE L'ÉGLISE

Mandat de prélèvement SEPA à dater, à signer et à renvoyer, **accompagné de votre Relevé d'Identité Bancaire**, dans l'enveloppe-réponse jointe.

› JE SOUTIENS LA MISSION DE L'ÉGLISE DANS LA DURÉE PAR MON DON RÉGULIER :

j'autorise l'**Association Diocésaine de Cambrai** à envoyer à ma banque les instructions suivantes pour que celle-ci débite mon compte :

chaque mois, de 7 € 15 € 30 € autre : €

Je joins à ce mandat mon Relevé d'Identité Bancaire où figurent mes numéros IBAN et BIC.

› INFORMATIONS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE :

Association Diocésaine de Cambrai - ICS: FR19ZZZ130133

L'Association Diocésaine de Cambrai vous communiquera votre Référence Unique de Mandat (RUM), les informations relatives à vos prochains prélèvements, les contacts pour toute demande ou démarche concernant votre mandat de prélèvement (notamment vos droits au remboursement).

MES COORDONNÉES :

Mme M.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Fait à : Signature :

Le : / / 2018

INFORMATION À COMPLÉTER PAR VOTRE DIOCÈSE :

RUM :