



## Autorisation de prélèvement automatique en ligne

N° National  
d'émetteur  
**430 420**

Merci de compléter ce document  
et de nous le retourner signé à l'adresse ci-dessous,  
en y joignant un relevé d'Identité bancaire (RIB)

**CARE France**  
**71 rue Archereau – 75019 Paris**

**Je pourrai suspendre cet accord à tout moment sur simple demande,  
au moins 8 jours ouvrés avant la date du prochain prélèvement.**

Madame     Mademoiselle     Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Tel.....Email : .....

**J'autorise CARE France à prélever, à partir de la date ci-dessous,  
sur mon compte bancaire ou postal le 5 :**

de chaque mois     tous les 3 mois     tous les 6 mois

**la somme de :**

10 €     20 €     40 €     100 €     autre montant : ..... €

**Date :**

**Signature :**

---

### Nom et adresse du créancier

CARE France  
71, rue Archereau – 75019 PARIS

---

### Désignation de mon compte

Etablissement

--	--	--	--	--

Guichet

--	--	--	--	--

Numéro de Compte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RIB

--	--

---

### Nom et adresse de l'établissement teneur de mon compte

Nom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....