

**COMITE DE GESTION DU RESTAURANT SCOLAIRE (CGRS)**

Rue de la Gourmandise  
44390 SAFFRE

02 40 77 27 17

Secrétariat : secretariat@cgrssaffre.com

Association : association@cgrssaffre.com

*EXEMPLAIRE BANQUE*

*Document à transmettre dûment rempli, à votre banque avant la fin du mois d'août 2024.*

**DEMANDE DE VIREMENT MENSUEL**

Nom du titulaire du compte	
Prénom du titulaire du compte	
N° de compte	
Votre banque	

Je soussigné(e)  
demande la mise en place d'un virement mensuel avec les caractéristiques ci-dessous.

Montant (€)	
Référence de virement	411
Périodicité	Le 8 de chaque mois pendant 10 mois
Mois de début	Septembre 2024
Mois de fin	Juin 2025 inclus
Destinataire – Nom	CGRS de Saffré
Destinataire – Banque	CCM de NORT-SAFFRE-JOUE
Destinataire – IBAN	FR76 1027 8360 8800 0100 5250 290
Destinataire - BIC	CMCIFR2A

Je m'engage par la présente à ne pas faire opposition à ce virement, pour la période concernée.

Fait à Le	<b>Signature</b>
--------------	------------------