



**DEMANDE DE DEBIT PAR CARTE BANCAIRE**

***A RETOURNER PAR TÉLECOPIE AU 01 73 02 93 90 ou e-mail***

**APRIL Mobilité – 110 Avenue de la République – 75011 PARIS - France**

**NOM DE L'ASSURE** : .....

**EMAIL ou FAX du payeur de la cotisation** .....

**N° DU CONTRAT** : .....

**NOM DU CONTRAT** .....

**TITULAIRE DE LA CARTE BANCAIRE** : .....

**NUMERO DE LA CARTE ( VISA OU MASTERCARD uniquement) :**

.....

**DATE D'EXPIRATION** : ...../ ..... **Cryptogramme**.....

**MONTANT A DEBITER** : ....., .....€

**ADRESSE à laquelle vous souhaitez recevoir le DUPLICATA du débit effectué :**

Adresse : .....

Ville : .....

Pays : .....

**Attention : Ce document est systématiquement détruit après le débit de la carte.**

