divitias conseil et patrimoine

DEMANDE DE VERSEMENTS PROGRAMMES

Le .....

Le Client soussigné |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nom - Prénom

Police Vital N° |__|__|__|__|__|__|__|__| __|__|__|
Numéro

❒ Je souhaite procéder à des versements réguliers programmés :

de ..... €

Par : Mois* ❒ Semestre ❒
Trimestre ❒ Année ❒

* Joindre un RIB et une Autorisation de Prélèvement.

L'ADHERENT

L'ASSURE
Si différent de l'adhérent
ou deuxième titulaire
en cas de compte joint