



École de Musique Intercommunale
Les Vallées du Clain

Païement par virement

Je soussigné(e) m'engage à payer la cotisation annuelle de
..... €

par virements **avant le 15 des mois sélectionnés dans le tableau ci-dessous** pour le ou les élèves nommés.

sept	oct	nov	déc	janv	févr	mars	avril	Mai	juin	TOTAL

Élèves (nom-prénom) :

.....

Signature :

.....

Mémo à conserver

IMPORTANT : virements avant le 15 du mois

sept	oct	nov	déc	janv	févr	mars	avril	Mai	juin	TOTAL

Coordonnées bancaires de l'Emil :

Nom/raison sociale : **ASSO.EMIL**

BIC : **AGRRIFRPP894**

IBAN : **FR76 1940 6000 4600 0137 5324 237**

Clé RIB : **37**

Pays du compte : **France**

Adresse mail : ecolemil86@gmail.com

(à utiliser pour que votre banque signale le virement à l'Emil)

Objet du virement : nom de l'élève