

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat *

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASSOC. LA GARD'OUILLERES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASSOC. LA GARD'OUILLERES.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

*Veuillez compléter les champs marqués **

Vos Nom, Prénom * (<i>débiteur</i>)	_____
Votre adresse *	_____ Numéro et nom de la rue _____ Code Postal Ville _____ Pays
Les coordonnées de votre compte *	_____ N° d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) _____ Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)

Les coordonnées du <i>créancier</i>	ASSOC. LA GARD'OUILLERES LA MAIRIE 69460 ST ETIENNE DES OULLIERES FR Code pays FRXX..... Identifiant SEPA du créancier
-------------------------------------	---

Type de paiement *	Paiement unique ☐ Paiement récurrent ☐
--------------------	--

Signé à _____, le _____
Lieu Date

Signature(s) *
