MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (Réservé au créancier) **:**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'association LES COUSINS D'ARNOLPHE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'association LES COUSINS D'ARNOLPHE. 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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR72 ZZZ 85E829

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	Nom : association LES COUSINS D'ARNOLPHE
Adresse :	Adresse : 6 rue Frochot
Code postal :	Code postal : 75009
Ville :	Ville : Paris
Pays :	Pays : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif [X]

Paiement ponctuel [ ]

à :

Signature :

Le :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.