

MANDAT de Prélèvement SEPA

□ □

Référence unique de mandat (cadre réservé à l'association)



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association France Spondyloarthrites à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et le Crédit Mutuel de Bretagne notre banque, à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association France Spondyloarthrites. 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.

Veillez compléter les champs marqués*

Votre Nom *

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *

Numéro et nom de la rue

* *

Code postal Ville

Les coordonnées de votre compte *

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

*

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier * **ASSOCIATION France SPONDYLOARTHRITES**

Nom du créancier

* **FR19ZZZ602717**

Identifiant du créancier

* **Appt n° 15 27 RUE AIME AUDUBERT**

Numéro et nom de la rue

* * **TULLE**

Code postal Ville

*

Pays

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à * *

Lieu Date

Signature(s) * Veuillez signer ici

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies à titre indicatif

Code idenifiant du débiteur
indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)
"Nom du tiers débiteur": si votre paiement concerne un accord passé entre l'Association France Spondyloarthrites et un tiers "par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
Code identifiant du tiers débiteur
Nom du tiers créancier: le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.
Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné
Numéro d'identification du contrat
Description du contrat

A retourner à:

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

