MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante

AICCRR
12 RUE ANNA MARLY
51100 REIMS

Choix d*ate de prélèvement* (*): *1 du mois* ☐ *5 du mois* ☐ *10 du mois* ☐
Intitulé de compte :
Montant à prélever :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'association AICCRR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'association AICCRR.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.*

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse :(*) _____

_____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA :

Nom : A I C C R R

Adresse : 12 rue Anna Marly

Code postal : 51100

Ville : Reims

Pays : FRANCE

Tél Mail :

BIC

IBAN

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*) : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

A (*) : .....

Signature (*) :

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.