MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA – Exemplaire Association

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

Référence Unique du Mandat |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DEBITEUR

Votre Nom : _____

Votre adresse : _____

_____

Code postal : _____

Ville : _____

Pays : France

CREANCIER

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS) : FR66ZZZ484695

Association ADMR de : SAP71
Adresse : 16 Bis Avenue du Clos Mouron

Code postal : 71 700

Ville : TOURNUS

Pays : France

COMPTE A DEBITER

IBAN:|__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

BIC : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Code International d'identification de votre banque – BIC (Banque Identifier Code)

Type de paiement : Paiement récurrent /répétitif ☑ Paiement Ponctuel ☐

Date : _ _ / _ _ /_ _ _ _ Signature :

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'oppositions, 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.

✂ ..... ✂ ..... ✂ ..... ✂

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA – Exemplaire Personne Aidée

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

Référence Unique du Mandat |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DEBITEUR

Votre Nom : _____

Votre adresse : _____

_____

Code postal : _____

Ville : _____

Pays : France

CREANCIER

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS) : FR66ZZZ484695

Association ADMR de : SAP71

Adresse : 16 Bis Avenue du Clos Mouron

Code postal : 71 700

Ville : TOURNUS

Pays : France

COMPTE A DEBITER

IBAN:|__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

BIC : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Code International d'identification de votre banque – BIC (Banque Identifier Code)

Type de paiement : Paiement récurrent /répétitif ☑ Paiement Ponctuel ☐

Date : _ _ / _ _ /_ _ _ _ Signature :

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'oppositions, 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.