

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ASSOCIATION DU CENTRE SOCIAL RURAL DE SONGEONS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter ce dernier conformément aux instructions de l'ASSOCIATION DU CENTRE SOCIAL RURAL DE SONGEONS .

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

DÉBITEUR	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Pays :	

CRÉANCIER
Raison social : Association du Centre Social
Rural de Songeons
Adresse : 17 impasse du petit pont
Code postal : 60380
Ville : Songeons
Identifiant Créancier SEPA : FR

Référence Unique du Mandat (à remplir par le créancier)

RUM

[illegible]

Numéro d'Identification du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

IBAN

Code international d'Identification de votre Banque – BIC (Bank Identifier Code)

BIC		Type de paiement : récurrent
-----	--	------------------------------

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. 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 libertés.

Joindre un RIB/IBAN

Fait à :

Le : / / 20

Signature