

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT :

A compléter par l'Association

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS) : FR68ARL8AD089

TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Familles Rurales d'Alixan à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Familles Rurales Alixan. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passées avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- Dans les 8 semaines suivant la date de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

*Veuillez compléter les champs marqués * (informations du débiteur) :*

Nom :

Adresse :

Code postal et Ville :

Pays :

Banque :

IBAN* :

BIC* :

Nom du signataire* :

Signé à* : Le* : ... / ... /

Signature(s) :

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.

A retourner accompagné d'un RIB à : Familles Rurales d'Alixan au 10 rue du Colombier - 26300 Alixan

Ou par mail : fralixanda@gmail.com