

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat *

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez L'ASSOCIATION LA CECILIENNE DE GENAY à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'ASSOCIATION LA CECILIENNE DE GENAY.

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.

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

*Veillez compléter les champs marqués **

Vos Nom, Prénom * (débiteur)
Votre adresse * Numéro et nom de la rue Code Postal Ville Pays
Les coordonnées de votre compte * N° d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)

Les coordonnées du créancier	LA CECILIENNE DE GENAY FR Code pays FR 96 222 857 DA8 Identifiant SEPA du créancier
-------------------------------------	--

Type de paiement *	Paiement unique <input type="checkbox"/> Paiement récurrent <input type="checkbox"/>
--------------------	--

Je m'engage à m'assurer du bon provisionnement de mon compte avant les prélèvements ou à prévenir La Cécilienne en cas de risque de rejet de prélèvement (frais de rejet de prélèvement de 40€).

Signé à, le

Lieu

Date

Signature(s) *
