

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

Alliance Humaine
1 Allée des Myosotis
91250 TIGERY

Choix date de prélèvement (*): 1 du mois 5 du mois 10 du mois
Montant prélevé : 10€ 20€ 30€ Montant libre.....€
Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'association **ALLIANCE HUMAINE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **ALLIANCE HUMAINE**.
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 : FR 5 7 Z Z Z 8 5 2 4 C 0

Nom : ALLIANCE HUMAINE

Adresse : 1 Allée des Myosotis

Code postal : 91250

Ville : TIGERY

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

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

Le (*) :

A (*) :

Signature (*) :