MANDAT de Prélèvement SEPA

ASSOCIATION JUNIOR

Référence Unique du Mandat : ……

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association Junior à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association Junior. L'autorisation de prélèvement est à compléter et à signer munis du RIB correspondant.
(Si vous souhaitez arrêter les prélèvements automatiques, vous devez le notifier auprès de la coordinatrice)

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Débiteur

Votre Nom * ……
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse * …… ……...
Numéro et nom de la rue

* …….. * ……
Code Postal *Ville*

FRANCE

Les coordonnées * ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐
de votre compte **IBAN**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
BIC

Créancier I.C.S : FR71ZZZ826DE7

ASSOCIATION JUNIOR
4, rue Jean de la Bruyère
49300 CHOLET
FRANCE

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Signé à * ……
Lieu *Date JJ MM AAAA* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature(s) : * *Veuillez signer ici*

Note : Vos concernant droits le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
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 à : ASSOCIATION JUNIOR
4, rue Jean de la Bruyère – 49300 CHOLET

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier