MANDAT de Prélèvement SEPA

A compléter impérativement

Référence Unique du Mandat

Nous vous rappelons que vous retrouverez votre référence du mandat (RUM) sur chacune de nos factures.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **SAINT-JEAN DE PASSY ASSOCIATION** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SAINT-JEAN DE PASSY ASSOCIATION** ;

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.

*Veuillez compléter les champs marqués **

Nom / Prénom du débiteur ……

Adresse ……

CP / Ville ……

Pays **France**

Les coordonnées de votre compte

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

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier

SAINT-JEAN DE PASSY ASSOCIATION
72 rue Raynouard – 75016 PARIS
France
Identifiant du créancier (ICS) : FR84ZZZ854523

Type de Paiement **Paiement récurrent / répétitif** ☒ Paiement ponctuel ☐

A …… Le ……

Signature :

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

Merci de coller votre RIB