



# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA N°

(Référence unique du mandat)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

## ASSOCIATION PROTECTORAT SAINT JOSEPH SIS à AULNAY SOUS BOIS

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du PROTECTORAT SAINT JOSEPH.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les huit (8) semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, et sans tarder et au plus tard dans les treize (13) mois pour un prélèvement non-autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

### DEMANDEUR

NOM : .....

(Référence) : FA..... (réservé à l'établissement)

ADRESSE : .....

CP : □□□□□ e-mail : .....

VILLE : .....

PAYS : France

### MERCI DE BIEN VOULOIR COMPLETER VOS COORDONNEES BANCAIRES ET DE JOINDRE UN RIB

#### NUMERO D'IDENTIFICATION INTERNATIONAL DU COMPTE BANCAIRE - IBAN

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

#### CODE INTERNATIONAL D'IDENTIFICATION DE VOTRE BANQUE - BIC

□□□□□□□□

Fait à (lieu) :

Date : le

Signature :

### CREANCIER

NOM : ASSOCIATION PROTECTORAT SAINT JOSEPH

Identifiant ICS : FR96ZZZ319546

ADRESSE : 36 rue Jacques Duclos

CP : 93600

VILLE : AULNAY-SOUS-BOIS

PAYS : France

### TYPE DE PAIEMENT

PAIEMENT RECURRENT/REPETITIF

PAIEMENT PONCTUEL