ASSOCIATION MAS DE CARLES
140 chemin de la Garenne
30400 – VILLENEUVE LES AVIGNON
Tél : 04.90.25.32.53 - Fax : 04.90.15.01.37

Siège social : 27 rue des Infirmières 84000 AVIGNON

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Identifiant créancier SEPA (ICS) : FR78ZZZ419586

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

ASSOCIATION MAS DE CARLES
140Chemin de la Garenne
30400 VILLENEUVE LES AVIGNON

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association Mas de Carles à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association Mas de Carles.

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.*

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

Votre Nom :.....

Votre adresse : .....

.....

.....

Je souhaite verser la somme de : ....€ tous les mois
A compter du.....

Les coordonnées de votre compte

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

Code international d'identification du votre banque – **BIC** (Bank Identifier Code)

Signé à : .....
le :.....

Signature →