

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (réservé au Comité Francéclat)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Comité Francéclat à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Comité Francéclat.

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 éventuelle de remboursement devra 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.

Veillez compléter tous les champs ci-dessous (un formulaire incomplet ne pourra pas être pris en compte) :

Votre nom

.....
Raison sociale ou nom et prénom du débiteur

Votre adresse

.....
Numéro et nom de la rue

Code postal

.....
Ville

.....
Pays

Les coordonnées
de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN

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

Nom du créancier

COMITÉ FRANCÉCLAT

Adresse du créancier

22 avenue Franklin Roosevelt 75008 Paris - France

Identifiant du créancier

FR80ZZZ596672

Type de paiement

Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à

.....
Lieu

Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s)

Veillez signer dans le cadre ci-dessous :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont disponibles auprès de votre banque.