



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

OBJET DU MANDAT : PAIEMENTS COTISATIONS ACTIVITES 2019/2020

Ce document est à compléter, dater et signer, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN.

Date de prélèvement : 15 du mois

Intitulé de compte (Nom et prénom du titulaire) :

Mandat de prélèvement SEPA

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

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.

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé à l'ECLA) N° adhérent famille + année

Paiement :

1 fois (15/12)

2 fois (15/12, 15/02)

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse : (*) _____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA :

FR05ZZZ575712

Nom : ECLA - MJC

Adresse : 3bis, rue d'Orléans

Code postal : 92210

Ville : SAINT-CLOUD

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble à l'ECLA

Le (*) :

Signature (*) :

A (*) :

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.