



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

OBJET DU MANDAT : PAIEMENTS COTISATIONS ACTIVITES 2020/2021

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 :

FR 0 5 Z Z Z 5 7 5 7 1 2

Nom : E C L A - M J C

Adresse : 3bis, rue d'Orléans

Code postal : 92210

Ville : SAINT-CLOUD

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

Veillez 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.