MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

OBJET DU MANDAT : PAIEMENTS COTISATIONS ACTIVITES 2017/2018

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 *(15/10)* ☐ 3 fois *(15/10, 15/12, 15/02)* ☐ 4 fois *(15/07, 15/10, 15/12, 15/02)* **uniquement préinscriptions**

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : *(*)* _____

Adresse : *(*)*_____

_____

Code postal : *(*)* _____

Ville : *(*)* _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA :
F R 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Le *(*)* : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

A *(*)* : ……

Signature *(*)* :

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.