MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

DELTA REVIE 83 504 AVENUE DE LATTRE DE TASSIGNY LE GALAXIE B 83000 TOULON		**Référence unique du mandat :** *(Champ réservé à DELTA REVIE 83)*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association Delta Revie 83 à renvoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association Delta Revie 83. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour prélèvement autorisé.

Débiteur :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP : .....Ville .....

Désignation du compte à débiter :

IBAN

Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC

Code International Identification de votre banque

Type de paiement :

Paiement récurrent/répétitif [x] 1er mois prélevé : …… [ ] Paiement ponctuel

Créancier :

Nom : Delta Revie 83 Identification créancier ICS : FR 88 ZZZ 471495

Fait à : ……

Le : ……

Signature :

Important : Veuillez joindre impérativement le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) du compte à débiter

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles ne pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

NB : excepté la RUM qui peut être communiqué par la suite, les informations stipulées doivent être renseignées correctement sur le mandat avant la signature du client. Dans le cas contraire le mandat est invalide.

Emplacement R.I.B.