Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) FEDERATION FRANCAISE DU BENEVOLAT ASSOCIATIF

À envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte
Conformément aux instructions de FEDERATION FRANCAISE DU BENEVOLAT ASSOCIATIF

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

Référence Unique du Mandat : _____

Identifiant Créancier SEPA : FR62ZZZ517359

Débiteur :

Votre nom : _____

Votre adresse : _____

_____

_____

Code postal : _____ **Ville :** _____

Pays : _____

Créancier :

Nom : FEDERATION FRANCAISE DU BENEVOLAT ASSOCIATIF

Adresse : 4 rue des Castors

_____

Code postal : 68200 **Ville :** MULHOUSE

Pays : FRANCE

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | | |

Paiement : ☐ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

A : _____ **Le :** | | | | | | | | |

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.