MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante

SCOLA AIACCINA
2 rue des pommiers

20 090 Ajaccio

Choix d*ate de prélèvement (*):* *1er du mois* *15 du mois* *..... du mois*

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

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

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*)

_____

Adresse :(*)

_____

Identifiant Créancier SEPA : FRPP131

Nom : SCOLA AIACCINA

Adresse : 2 cours Napoléon

Code postal : 20000

Ville : Ajaccio

Pays : FRANCE

Code postal : (*) _____
Ville : (*) _____
Pays : FRANCE

Bic

IBAN

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

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.