

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC - IBAN sur notre adresse mail : asrecane@gmail.com ou par courrier à

Sylvie BRION 19 allée Marcel Carné 51430 TINQUEUX

IDENTIFICATION DU CREANCIER :

Nom : ASS DES RETRAITES DE LA CR DE CREDIT AGRICOLE DU NORD EST
Adresse : 25 rue Libergier 51100 REIMS
ICS : FR43ZZZ85FDF4

RUM : Référence Unique Mandat (*réservé au créancier*) : _____
Ce numéro vous sera communiqué après enregistrement

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association des Retraités de la C.R. de Crédit Agricole du Nord Est – ASRECANE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association des Retraités du Crédit Agricole du Nord Est – ASRECANE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

IDENTIFICATION DU DEBITEUR : Titulaire du compte à débiter

Nom(s) Prénom(s) : _____

N° et nom de la rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : France

Etablissement bancaire du débiteur _____

(nom et adresse de votre agence bancaire)

BIC :

IBAN :

Tous les champs sont à compléter

Type de paiement : paiement récurrent

Signé à _____ le _____ Signature