Mandat de prélèvement SEPA

Document à compléter impérativement **en lettres majuscules** et **au stylo noir**

Débiteur

Enseigne/ Raison sociale :……..

Nom et prénom (si entreprise individuelle):……

N° adhérent : /__/__/__/__/__/__/

Adresse

N° : /__/__/ Voie :……..

Code postal : /__/__/__/__/__/ Localité :……..

Coordonnées bancaires

IBAN: /__/

BIC : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Vos données à caractère personnels figurant ci-dessus sont nécessaires au traitement de votre demande. Conformément aux articles 38 et suivants de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression.

Prélèvement

CONTRAT CONCERNE : adhésion à CGA Partenaire- règlement des cotisations annuelles

□ à partir de la cotisation 2019

N° de Référence Unique du Mandat (RUM) : / A / D /__/__/__/__/__/__/

Type de paiement *:* prélèvement récurrent (répétitif) : X

Créancier

Nom du créancier : CGA PARTENAIRE

Identifiant du créancier : ICS : FR78ZZZ647148

Adresse du créancier : 95, boulevard de Sébastopol – BP 66205 - 75062 Paris Cedex 02

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CGA PARTENAIRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CGA PARTENAIRE.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
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 un prélèvement autorisé et sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

A……..

Le……

N.B : **il est impératif de joindre votre RIB à ce document**

Signature