

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter, dater et signer, et doit être accompagné d'un RIB

**Montant mensuel du prélèvement :**

**Jour du prélèvement :**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'association Familles Rurales **Eclat d'Auge** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Eclat d'Auge**.

*Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**Référence Unique Mandat : RUM** (Réservé au créancier)

Titulaire du compte à débiter	Identifiant Créancier SEPA : <a href="#">FR15ZZZ818D7B</a>
Nom et Prénom :	Nom : FAMILLES RURALES ECLAT D AUGE
Adresse :	Adresse : Espace Marie Curie 20 rue du Général Leclerc Saint Pierre sur Dives
Code postal :	Code postal : 14170
Ville :	Ville : Saint Pierre en Auge
Pays : FRANCE	Pays : FRANCE

**IBAN :**

**BIC :**

Date et signature

*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.*