

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Prénom :

Rue :

Ville :

Demande à bénéficier du prélèvement SEPA de mes cotisations sur mon compte bancaire et choisis :

2 FOIS PAR AN ☐ 4 FOIS PAR AN ☐

- Le présent document complété et signé,
- Le Relevé d'identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE) du compte bancaire à débiter.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 (article 27) vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez aussi vous opposer à ce qu'elles soient communiquées à des tiers en adressant un courrier à la MUDETAF.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Le présent mandat est conforme aux principes de fonctionnement fournis par le Comité Français d'Organisation et de Normalisation Bancaires au sujet du prélèvement SEPA (Single European Payment Area – Espace unique de paiement en euros).

ICS : FR57ZZZ412204

COMPTE BANCAIRE A PRELEVER	
CIVILITE :	Nom : Rue : Code postal : Ville :
Les coordonnées de votre compte	
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
*	
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	

Nom :

Prénom :

Rue :

Code postal :

Ville :

Les coordonnées
de votre compte

[illegible]

★

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Le : 1 / 1

Mention manuscrite : « Lu et approuvé » et signature du sociétaire