

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

**ASGV
1BIS RUE DE JOUARRE
77240 VERT-SAINT-DENIS**

Prélèvement le 15 de chaque trimestre

Intitulé de compte : CREDIT MUTUEL – VERT SAINT DENIS

Mandat de prélèvement SEPA

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

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 :

Paielement : Ponctuel

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse : (*) _____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA : C M C I F R 2 A

Nom : ASGV

Adresse : 1 bis rue de Jouarre

Code postal : 77240

Ville : VERT-SAINT-DENIS

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

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

Le (*) :

A (*) :

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.