

NOM :

SECTION :

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

**ASPTT MARSEILLE
 ENTREE N°1 PORT DE LA POINTE ROUGE
 13008 MARSEILLE**

Paiement (*): Récurrent Ponctuel

Mandat de prélèvement SEPA

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

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)

Paiement : Récurrent

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	Identifiant créancier SEPA : FR29ZZZ860EE1
Nom et Prénom (*):	Nom : ASPTT MARSEILLE
Adresse (*):	Adresse : Entrée n°1 Port de la Pointe Rouge
Code postal (*):	Code postal : 13008
Ville (*):	Ville : MARSEILLE
Pays : France	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 (*):

ECHEANCIER PRELEVEMENTS
COTISATION ASPTT MARSEILLE 2020/2021

NOM et PRENOM :

Date des prélèvements	Montant
CB le :	
05/.....	
05/.....	
05/.....	
05/.....	

Date :

Signature et tampon de la section