

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Créancier :



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

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

CREANCIER :

F R 9 4 Z Z Z 4 3 1 1 3 2

ICS – Identifiant Créancier SEPA

Association EPAL

Nom du créancier

10 rue Nicéphore Niepce CS 62 863

Adresse (rue, avenue, ...)

2 9 2 2 8

Code postal

Ville

BREST CEDEX 2

FRANCE

Pays

DEBITEUR :

*Veuillez compléter les champs marqués**

*Nom / Prénom du débiteur

*Adresse (rue, avenue, ...)

*Code postal

*Ville

*Pays

*Coordonnées de votre compte à débiter - IBAN

*Code International d'identification de votre banque - BIC

Signature (s) :

Fait à : _____ ,

Le : ____ / ____ / ____

Note : Vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :

Association EPAL
10 rue Nicéphore Niepce
CS 62 863
29 228 BREST CEDEX 2

Zone réservée à l'usage du créancier :