

MANDAT de prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **LE REFUGE MUTUALISTE AVEYRONNAIS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiteur votre compte, et votre banque à débiter votre compte. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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.

Référence unique du mandat : _____ (réservé à la mutuelle)

DébitEUR :

Nom :

Adresse postale :
BP 50313

CP/ Ville :

Pays :

Identifiant créancier SEPA : **FR27ZZZ386748**

Créancier :

Nom : **LE REFUGE MUTUALISTE AVEYRONNAIS**

Adresse : Rue Clausel de Coussergues

CP/ Ville : 12103 MILLAU Cedex

Pays : France

IBAN																			
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC																
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement : Récurent/Répétitif Ponctuel

Fait à _____ Le _____

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB