



## MANDAT SEPA

### MANDAT de Prélèvement SEPA

XX

Référence unique du mandat (à compléter par l'association)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez les Francas de la Gironde à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions des Francas de la Gironde.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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 ; sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Merci de compléter les champs marqués par \* et de retourner le présent document au siège administratif territorial des Francas de la Gironde, dont la (les) structure(s) fréquentée(s) par votre (vos) enfant(s) dépend(ent).

Vos noms et prénoms \* ..... 1

Votre adresse \* ..... 2

Numéro et nom de la rue

\* [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Code Postal

\* ..... 3  
Ville

\* ..... 4

Pays

Votre compte bancaire

\* [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

\* [ ]

Code International d'identification de votre compte - BIC (Bank Identifier Code)

Nom Créancier **LES FRANCAS DE LA GIRONDE** 7

**44/50 Boulevard George V** 8

**3 3 0 0 0 BORDEAUX** 9

**France** 10

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif

Correspondant au Montant de la Facture Mensuelle

Signé à \* ..... 11

Lieu

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s)

Veillez signer ici

[.....]

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier