Référence Unique du Mandat	**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**	Nom du créancier et logo

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {*NOM DU CREANCIER*} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {*NOM DU CREANCIER*}.

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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom ……

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse ……

Numéro et nom de la rue

Code Postal …… Ville

Les coordonnées de votre compte

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

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier COMITE REGIONAL CORSE FFESSM

I. C. S FR 73 ZZZ 83919C

Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier Chez Mr Jo Vrijens Route de Calca.
20245 GALERIA.

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Signé à …… J J M M A A A A

Lieu Date

Signature(s) *

A retourner à : Siège du Comité Régional	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier