Référence Unique du Mandat	**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA** C O T I S A T I O N **Les Papillons blancs de Paris**	Les Papillons blancs de Paris Avec la personne handicapée mentale et sa famille

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre nom * ……
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse* ……
Numéro et nom de la rue

Code Postal …… Ville

……
Pays

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 * Les Papillons blancs de Paris – APEI 75
Nom du créancier

I. C. S * F R 3 1 Z Z Z 6 4 9 7 4 0
Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier 85, rue La Fayette
Numéro et nom de la rue

7 5 0 0 9 Paris

Code Postal Ville

France
Pays

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

Signé à * ……
Lieu

Date J J M M A A A A

Signature(s) * Veuillez signer ici

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