AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Joindre un RIB

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat – à compléter par le créancier

Cadre réservé à l'ALAC

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise l'ALAC à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l'ALAC. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués *

Vos nom et Prénom *

Nom/Prénom du (des) débiteur(s) {La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères}

Votre adresse *

Nom et numéro de la rue {Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères}

Code postal *Ville*

Pays * **FRANCE**

Votre IBAN * **FR**

*Numéro d'identification internationale du compte bancaire- **IBAN** (International Account Number)*

Code BIC *

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

Nom de votre banque *

Adresse de votre banque *

FRANCE

Nom du créancier **ALAC**

ICS **FR90ZZZ460789**

9 RUE DES ARGONAUTES

44470 CAROUEFOU - FRANCE

Type de paiement * **Paiement récurrent/répétitif :** **x**

Fait à **Date** **2018**

Signature(s)

Note : vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque