

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

**CREANCIER: Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
9 avenue du Quartz - 05120 L'Argentière La Bessée**

_____ RUM- REFERENCE UNIQUE DE MANDAT
--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ANSFL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier l'ANSFL. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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 et contesté
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

CREANCIER: FR 46ZZZ836EED
ICS – Identifiant créancier SEPA

Nom du créancier: _____

Adresse: _____

code postal: __/__/__/__

Ville: _____

Pays: _____

Paiement récurrent une fois par an: oui []

Date du prélèvement annuel: 15 février [] 15 mars [] 15 avril []

DEBITEUR:

Nom, prénom du débiteur: _____

Adresse du débiteur: _____

code postal: __/__/__/__

Ville: _____

Pays: _____

Coordonnée du compte à débiter: IBAN:

FR __/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__

BIC: _____

Fait à: _____ Le: __/__/__/__/__ Signature:

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

A retourner rempli à ANSFL 9 avenue du Quartz 05120 L'Argentière La Bessée