MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la FA/SPP-PATS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la FA/SPP-PATS.

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 *

Référence unique du mandat		
Votre Nom et prénom*	(1)	1
Votre adresse*	.....	2
Code Postal et Ville*	.....	3
Pays*	.....	4
Les coordonnées de votre compte*	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	5
	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	6
Nom du créancier	**FEDERATION AUTONOME SPP-PATS**.....	7
Identifiant créancier SEPA	**F R 5 7 Z Z Z 4 2 8 7 9 1**	
Adresse créancier	**285 Avenue des Maurettes**.....	9
Code Postal et Ville	**0 6 2 7 0 VILLENEUVE LOUBET**	10
Pays	**France**	11
Type de Paiement	Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐	12
Signé à….. le……*	(Lieu) (2) ..... (Date)	13
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

A retourner à:	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
F.A/S.P.P-P.A.T.S **285 Avenue des Maurettes** **06270 VILLENEUVE LOUBET**	

(1) La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
(2) Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères