



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

UFAL
27 RUE DE LA RÉUNION
75020 PARIS

Date de prélèvement (en janvier de chaque année) (*) :
Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'UFAL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'UFAL.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Paiement : Récurrent

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom Prénom (*) :

Adresse (*) :

Code postal (*) :

Ville (*) :

Pays : FRANCE

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

UNION DES FAMILLES LAÏQUES

27 RUE DE LA RÉUNION

75020 PARIS

FRANCE

ICS : FR18ZZZ8387FC

RUM : HI20180110180855322494

BIC

IBAN

Le (*) :

À (*) :

Signature (*) :

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier.

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.