

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'**association ECOVAL** 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 le 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,
- Veillez compléter les champs marqués*

Votre Nom + Prénom * -----

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 * **Association ECOVAL**

* -----
Identifiant du Créancier SEPA

* **103 C Avenue du Général LECLERC 54500 VANDOEUVRE les NANCY France**

Numéro et nom de la rue Code Postal Ville Pays

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à * ----- Date / /

Lieu

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.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur -----

indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte -----

Le compte duquel le paiement Est effectué (si différent du Débiteur lui-même) Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre l'**Association ECOVAL** et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.....
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur -----

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers

Code identifiant du tiers créancier -----

Contrat concerné Numéro d'identification du contrat -----

Description du contrat -----

Montant du timbre mensuel (1 % du salaire net mensuel) : ----- €uros Prélèvements tous les (Périodicité) : 2 3 6 12 mois

Montant de chaque prélèvement (montant du timbre mensuel x périodicité) : ----- €uros

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier