MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CAPEB 54 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CAPEB 54

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter les champs ci-dessous :

Votre Nom

Nom / Prénoms du débiteur

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

Nom du créancier

C A P E B M E U R T H E E T M O S E L L E

4 RUE DE LA VOLOGNE

5 4 5 2 0 **LAXOU**

FRANCE

Type de Paiement

* Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

J J M M A A A A

Lieu Date

Signature(s)

*Veuillez signer ici

Vous avez choisi le prélèvement automatique pour payer votre cotisation

- **L'avantage** : plus pratique, plus de déplacement, plus de règlement à envoyer.
- **Plus sûr** : plus de désagrément en cas d'oubli.
- **Plus simple** : la note de débit vous sera envoyé comme d'habitude à la date de première d'échéance.
- **Plus souple** : vous changez de compte ou d'agence bancaire ou postale, il vous suffit simplement d'envoyer votre nouveau RIB.

Merci de bien vouloir accompagner ce mandat de prélèvement

accompagné d'un RIB

et de votre bulletin d'adhésion.