

MANDAT de Prélèvement SEPA



Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez FEDERATION FRANCAISE KARATE DISCIPLINES ASSOCIEES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de FEDERATION FRANCAISE KARATE DISCIPLINES ASSOCIEES.

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.

Veillez compléter les champs marqués *

Votre Nom * _____
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse * _____
Numéro et nom de la rue
 * _____ * _____
Code Postal Ville

Les coordonnées de votre compte * _____
Pays
 * _____
Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
 * _____
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)

Nom du créancier **FEDERATION FRANCAISE KARATE DISCIPLINES ASSOCIEES**
Nom du créancier

I.C.S **F R 3 1 Z Z 5 8 7 6 6 0** _____
Identifiant Créancier SEPA
PORTE D'ORLEANS

39 Rue BARBES

Numéro et nom de la rue
9 2 1 2 0 **MONTROUGE**
Code Postal Ville
France
Pays

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à * _____ * _____
Lieu Date

Signature(s) : * *Veillez 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 duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) _____
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre {NOM DU CREANCIER} 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*

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :
 FEDERATION FRANCAISE DE KARATE ET DISCIPLINES ASSOCIEES
 PORTE D'ORLEANS
 39 Rue BARBES
 92120 MONTROUGE

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier