



# Mandat de prélèvement SEPA

SEPA (Single Euro Payments Area) : nouveaux moyens de paiement européens.

ICS : FR75ZZZ816A16

Zone réservée au créancier

N° RUM (Référence unique du mandat) :

\_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez L'AFPSAS à envoyer des instructions à votre banque afin de débiter votre cotisation pour l'année à venir conformément aux instructions de L'AFPSAS. Vous pouvez bien sûr suspendre le prélèvement à tout moment par un courrier ou mail adressé au trésorier. Une confirmation de réception de votre demande vous sera faite et le prélèvement sera arrêté. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

## Titulaire du compte

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Pays \_\_\_\_\_

## Désignation du compte à débiter

IBAN (International Bank Account Number) \_\_\_\_\_  
BIC / SWIFT (Business Identifier Code) \_\_\_\_\_

Prélèvements récurrents

## AFPSAS - Association des Familles des Parachutistes SAS de la France Libre

A adresser par courrier ou mail au trésorier de l'association: AFPSAS

Courrier : Michel Le Noac'h 6 Rue parc Fetan 56870 Larmor Baden

Mail : tresorier-afpsas@orange.fr

Je désire recevoir la lettre d'information : par mail  par courrier

Fait à .....  
le .....

Signature

**Ce document doit être accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB).**

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés ».