

## **ASSOCIATION DU CENTRE DU FOSSÉ DES TREIZE**

## Mandat de prélèvement SEPA

0.5																								
-		l	ı	ı		l	ı	ı	ı	ı	ı	ı	l	l	l	l	ı	ı	ı	ı	ı	ı		1 !
	Référence unique du mandat à remplir par le service comptable																							

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association du Fossé des Treize à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association du Fossé des Treize. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Les champs précédés d'un \* doivent être complétés.

Raison sociale ou nom du débiteur *												
Adresse postale *												
Code postal	Ville											
Pays *												
Numéro d'Identification International du Compte Bancaire - IBAN *												
Code International d'Identification de votre banque - BIC												
Nom du signataire (pour une société signataire habilité sur le compte)												
*	*											
Date JJ MM AAAA	Lieu											
* Signature												
Nom du créancier devant apparaître dans l'ordre de prélèvement												
* FR55ZZZ560359												
Identifiant du créancier ICS												
CSC Fossé des Treize												
Numéro et nom de la rue												
6 RUE FINKMATT, 67000 STRASBOURG												
FRANCE												
Pave												

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 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.