Mandat de prélèvement SEPA

__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Référence unique du mandat (Numéro de client)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **l'Association DANSARTE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et à votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **l'Association DANSARTE**.
Vous bénéficiez d'un 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.

DEBITEUR

Nom : ______________________ Prénom(s) : ______________________

Adresse : ____

Commune : ________________ Code postal : __________ 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)

CREANCIER

Nom : **ASSOCIATION DANSARTE**

Identifiant du créancier : ____

Adresse : **134, RUE SAINT-LEONARD - 49.000 – ANGERS - FRANCE**

TYPE DE PAIEMENT

Paiement en : ☐ 1 x ☐ 2 x ☐ 3x ☐ 4x ☐ 5x ☐ 6x ☐ 10x (pour les dossiers supérieurs à 800 €)

Echéance : ☐ juin ☐ juillet ☐ aout ☐ septembre ☐ octobre ☐ novembre
☐ Décembre ☐ janvier ☐ février ☐ mars ☐ avril ☐ mai

Fait à Angers le :……/…..../…………

____
Signature