Mandat de prélèvement SEPA

ECOLE DES AVOCATS

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) EDA ALIENOR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de EDA ALIENOR.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) 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.

Référence Unique du Mandat (RUM) : …… *(Vous sera adressée à réception de votre mandat)*

Participant

Votre Nom : …… Prénom : ……

Votre adresse :

……

……

……

Code Postal : …… Ville : …… Pays : ……

Créancier

Identifiant créancier SEPA : **FR61ZZZ515826**
Nom : **EDA ALIENOR**
Adresse : **18/20 Rue du Maréchal JOFFRE - CS 51155**
Code Postal : **33077** Ville : **BORDEAUX CEDEX** Pays : **FRANCE**

Titulaire du compte : …… **Banque** : ……

IBAN *Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)*

BIC *Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)*

(Joindre un RIB) **Paiement :** [X] **Récurrent/répétitif**

Signé à : …….. Le : …… /……/ 2017

Signature :

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat