Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **INITIATIV' Retraite 17** (ex AROPA 17) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, conformément aux instructions **INITIATIV' Retraite 17** (ex AROPA 17)

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque, selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Référence unique de mandat : **Identifiant créancier SEPA** : **FR92ZZZ453963**

Débiteur :

Nom Prénom : ……..

Adresse : ……

CP : ……

Ville : ……

Créancier :

Nom : **INITIATIV' Retraite 17**

Adresse : **3 Bd Vladimir**

CP : **17100** Ville : **SAINTES**

Pays : **France**

IBAN : __ __ __