**MANDAT SEPA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **MANDAT de Prélèvement SEPA**  Référence unique du mandat | | AROPA  MEUSE |
| En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) *(AROPA MEUSE)* à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (*AROPA MEUSE)*.  Vous bénéficiez du droit d’être remboursé 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.   *Veuillez compléter les champs marqués \** | | | |
| Votre Nom \* **1**  Nom / Prénoms du débiteur  Votre adresse \* **2**  Numéro et nom de la rue  \* \* **3**  Code Postal Ville  \*  Pays  Les coordonnées \* **5**  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)  Nom du créancier \*  Nom du créancier **AROPA MEUSE**  \*  Identifiant du créancier **FR7616106000768645091407501**  \*  Numéro et nom de la rue **7 rue joseph Cugnot**  \* \*  Code Postal **55430** Ville **Belleville sur Meuse**  \*  Pays  Type de paiement \* Paiement récurrent / répétitif + Paiement ponctuel  Signé à \* (1)  Lieu Date : jj/mm/AAAA  Signature(s) Veuillez signer ici(4)  Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. | | | |
|  | | | |
| AROPA MEUSE  Chez Alotis-ZA du WAMEAU-7,rue joseph Cugnot  55430 BELLEVILLE SUR MEUSE | | | |
| **Prière de remplir le n° 1,2,3 et signer dans la case correspondante.**  **A renvoyer les 2 exemplaires à l’adresse ci-dessus accompagnés**  **D’UN RIB Merci** | |  | |