**MANDAT SEPA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MANDAT de Prélèvement SEPA**Référence unique du mandat | AROPAMEUSE |
| 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\* PaysLes 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**\* PaysType de paiement \* Paiement récurrent / répétitif + Paiement ponctuelSigné à \* (1)Lieu Date : jj/mm/AAAASignature(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** |  |