MANDAT de PRELEVEMENT **SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **Crédit Mutuel Après**

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Crédit Mutuel Après**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les instructions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date du débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Référence unique du mandat : Crédit Mutuel Après (règlement pour : cotisation, Journée Rencontre, Journée Famille, voyages, selon information figurant sur les offres d'activité)

Identifiant créancier SEPA : FR09ZZZ8071C1

Créancier : **Crédit Mutuel Après**

Adresse : **43 Boulevard Volney**

53083 Laval cedex 09

Votre nom : ……

Votre adresse :……

……

Code postal :…….. Ville : ……

Pays : ……..

Pays : **France**

IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐ joindre un RIB

Paiement : Récurent/répétitif

A : ……

Le : ……

SIGNATURE