

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence du mandat :

.....

Créancier :
FO PJ

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **_FO PJ_** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et _____ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **_FO PJ_**.
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.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Votre Nom : | |
| Votre adresse : | |
| | Numéro et nom de la rue |
| | |
| | Code Postal et Ville |
| Votre pays : | |
| Les coordonnées 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 : | FORCE.OUVRIERE.PAGES.JAUNES.....(FO PJ) |
| Identifiant du créancier : | FR66ZZZ582568..... |
| Adresse du créancier : | 54 RUE D'HAUTEVILLE |
| | Numéro et nom de la rue |
| | 75010 PARIS |
| | Code Postal et Ville |
| Pays du créancier : |FRANCE..... |
| Type de paiement : | <input type="checkbox"/> Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel |
| Signé à | |
| | Lieu et Date |
| Signature(s) : | |

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

| | |
|--|---|
| A retourner à : FO PJ 17 rue de Maître Cornille – 33360 LATRESNE | Zone réservée à l'usage exclusif du créancier : |
|--|---|