

**MANDAT de Prélèvement SEPA**Référence du mandat :  
.....Créancier :  
FO Solocal

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **\_FO Solocal\_** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et \_\_\_\_\_ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **\_FO Solocal\_**.  
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 :	<b>IBAN*</b> .....
	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 SOLOCAL
Identifiant du créancier :	FR66ZZZ582568.....
Adresse du créancier :	131 rue DAMREMONT 75018 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 SOLOCAL TRESORERIE  
GASMI S. 5 CH DU VIGNEY 25320 BOUSSIERES

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :