











Merci de votre engagement à nos côtés au profit de ceux qui n'ont rien

MANDAT de Prélèvements récurrents SEPA

Référence unique du mandat (réservé à AMTM)		-	
En signant ce mandat, vous autorisez AMTM à en à débiter votre compte conformément aux instructi Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votr avec elle. Toute demande de remboursement doit Note : vos droits concernant le présent mandat son	ons d'AMTM. e banque selon les conc être présentée dans les	litions décrites dans la convention qu 8 semaines suivant la date de débit	ue vous avez passée de votre compte.
COORDONNEES DU BENEFICIAIRE	ICS	(identifiant du créancier SEPA)	FR80ZZZ473870
ASSISTANCE MEDICALE TOIT DU MONDE (AM 81 avenue du Maréchal Joffre 92000 Nanterre France	M)		
VOS COORDONNEES			
Nom Prénom Adresse			
Code Postal Ville Pays			
LES COORDONNEES DE VOTRE COMPTE			
Numéro d'identification du compte bancaire	- IBAN (International	Bank Account Number)	
Numéro d'identification de votre banque – B	C (Bank Identifier Co	de)	
Signé à : Date	:		
Signature :		Merci de compléter cet imprimé signé et accompagné obligat d'identité bancaire comportant vo AMTM 81 avenue du Maréchal Joffre	toirement d'un relevé

92000 Nanterre FRANCE