



Mandat de PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la FA/SPP-PATS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la FA/SPP-PATS.

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,

- EXEMPLAIRE A RETOURNER -

Référence unique du mandat																														
Votre Nom et prénom*	(1)																													
Votre adresse*																													
Code Postal et Ville* <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																													
Pays*																													
Les coordonnées de votre compte*	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)																														
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																														
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)																														
Nom du créancier	FEDERATION AUTONOME SPP-PATS.....																													
Identifiant créancier SEPA	<table border="1"><tr><td>F</td><td>R</td><td>5</td><td>7</td><td>Z</td><td>Z</td><td>Z</td><td>4</td><td>2</td><td>8</td><td>7</td><td>9</td><td>1</td></tr></table>										F	R	5	7	Z	Z	Z	4	2	8	7	9	1							
F	R	5	7	Z	Z	Z	4	2	8	7	9	1																		
Adresse créancier	101 rue de Paris.....																													
Code Postal et Ville	<table border="1"><tr><td>1</td><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td colspan="6">ANGOULEME</td></tr></table>										1	6	0	0	0	ANGOULEME														
1	6	0	0	0	ANGOULEME																									
Pays	France																													
Type de Paiement	Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>					Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>																								
Signé à..... le.....*	(Lieu) (2)					(Date)		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														
Signature(s)*	Veuillez signer ici : 																													
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque																														

A retourner à:	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
FA/SPP-PATS 101 rue de Paris 16000 ANGOULEME	

(1) La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
(2) Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères



Mandat de PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la FA/SPP-PATS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la FA/SPP-PATS.

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,

- EXEMPLAIRE A CONSERVER -

Référence unique du mandat												
Votre Nom et prénom*	(1)											
Votre adresse*											
Code Postal et Ville*											
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	FEDERATION AUTONOME SPP-PATS.....											
Identifiant créancier SEPA	F R 5 7 Z Z Z 4 2 8 7 9 1											
Adresse créancier	101 rue de Paris.....											
Code Postal et Ville	1 6 0 0 0 ANGOULEME											
Pays	France											
Type de Paiement	Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>					Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>						
Signé à..... le.....*	(Lieu) (2)					(Date)	
Signature(s)*	Veuillez signer ici :											
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque												

A retourner à:	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
FA/SPP-PATS 101 rue de Paris 16000 ANGOULEME	

(1) La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
(2) Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères