MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Atefip à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Atefip. 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.

F	R	1	9	Z	Z	Z	6	6	4	0	2	1

Identifiant créancier SEPA (ICS)

Nom du créancier : **ATEFIP**

Adresse (N° et rue) : **11, allées Paul Sabatier**

Code postal et ville : **31000 TOULOUSE**

Pays : **France**

Nom du débiteur **:**

Adresse (N° et rue) :

Code postal et ville : Pays :

RIB : _

N° de compte IBAN : _

Code BIC : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

☐ **Je vous prie de bien vouloir désormais, et sauf instructions contraires de ma part vous parvenant en temps utile, faire prélever en votre faveur chaque début de mois la somme de …….. euros. Les présentes instructions sont valables jusqu'à nouvel avis de ma part.**

☐ **Je vous prie de bien vouloir effectuer un prélèvement unique en votre faveur d'un montant de …….. euros.**

Fait à : **le**

Signature :