

Mandat de prélèvement **SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **AROPA 17** - Association des Retraités des Entreprises et Organismes Professionnels Agricoles et Agro-alimentaires de la Charente-Maritime - à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'**AROPA 17**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) 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.

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR92ZZZ453963**

Débiteur :

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

IBAN

BIC

Paiement: Permanent

Ponctuel

A :

Le :

Créancier :

Nom : **AROPA 17**

Adresse : **3 Bd Vladimir**

Code postal : **17100** Ville : **SAINTES**

Pays : **FRANCE**

Signature :

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

(Veuillez compléter tous les champs du mandat.)

Joindre votre RIB (Relevé d'Identité Bancaire) ou votre RICE (Relevé d'Identité Caisse d'Épargne)