



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

(Joindre un relevé d'identité bancaire au format IBAN BIC)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le créancier désigné ci-après à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément à ces instructions. 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.

Référence unique du mandat ++FR87ZZZ4694767560000000030	
Désignation du titulaire du compte à débiter (A)	
Nom, prénom	
Adresse	
Désignation du créancier	
Identifiant (ICS)	FR87ZZZ469476
Nom	Association Musicale de Haute Vilaine (AMHV)
Adresse	12 rue de Calais – 35690 ACIGNE
Téléphone / mail	02.99.62.51.59 – contact@amhv.fr
Identification internationale du compte à débiter (B)	
Code IBAN	FR _____
Code BIC	_____
Type de paiement	☐ First* ☐ Récurrent**
Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si vous payez pour votre compte, ne pas remplir)	
Nom du tiers débiteur	

Fait à : Le : ____/____/____

Signature

*Paiement First : la famille règle en une fois

** Paiement récurrent : la famille règle en 5 fois