MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat ……
Partie réservée au créancier

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE SUR LE DIABÈTE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE SUR LE DIABÈTE.

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, sans tarder et
- au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter les champs marqués * et retourner ce formulaire à l'Association pour la Recherche sur le Diabète
Ne pas oublier de joindre un RIB à votre demande

Votre Nom * ……
Nom / Prénoms ou dénomination sociale

Votre adresse * …… ……
Numéro et nom de la rue
* …… * ……
Code Postal 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 **ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE SUR LE DIABÈTE**
19 boulevard Malesherbes
75008 PARIS
FRANCE

Identifiant Créancier SEPA **FR74ARD474269**

Paiement

Montant récurrent à prélever * _____ , ____ EUROS

Veuillez préciser la fréquence * |__| Mensuel |__| Trimestriel |__| Tous les 6 mois |__| Une fois par an

Signé à * …… le * ……

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.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de se s droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Formulaire à retourner complété à :

ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE SUR LE DIABÈTE

19 boulevard Malesherbes

75008 PARIS