

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

(Merci de retourner l'original de ce document dûment complété sans oublier de joindre un RIB)

Référence Unique du Mandat

A	S	T																																
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Créancier

Identifiant créancier SEPA (ICS)

F	R	2	3	Z	Z	Z	4	2	0	1	8	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nom du créancier : AST

Adresse (N° et rue) : 174 route de Béthune.....

Code postal et ville : 62160 AIX-NOULETTE

Pays : FRANCE.....

Débiteur

N° Adhérent AST :

Nom du débiteur :

Adresse (N° et rue) :

Code postal et ville :

Pays :

N° de compte IBAN :

Code BIC :

Pour prélèvement récurrent.

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

Date (jour/mois/année)

Signature

...../...../.....

Lieu