

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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 et contesté.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

DÉBITEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Coordonnées de votre compte **IBAN** (numéro d'identification international de votre compte bancaire)

--	--	--	--

Code international d'identification de votre banque : **BIC**

CRÉANCIER

ICS : FR23ZZZ331821

FONDS SOCIAL ADMR VENDEE

Maison des Familles

119 bd des Etats Unis - BP 3

85001 La Roche sur Yon Cedex 1

Date :

Fait à :

Signature :

N'oubliez pas de joindre votre RIB.