MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (à remplir par le siège)

En signant ce formulaire vous autorisez LE TREFLE (Société de secours mutuels) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LE TREFLE (Société de secours mutuels). 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

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Pays :

DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC - Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent : ☑

CRÉANCIER

Nom : LE TREFLE (Société de secours mutuels)

ICS : FR26ZZZ631982

Adresse : 10 Rue de Tournon

Fait à : Signature :

Le :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont déstinées 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 ses 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

A retourner, accompagné obligatoirement d'un RIB,

à: LE TREFLE , 10 Rue de Tournon 75006 PARIS

ABONNEMENT A LA REVUE TRIMESTRIELLE : SANS ◯ NUMÉRIQUE ◯ PAPIER ◯