**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

Référence unique du mandat (à remplir par le siège)

En signant ce formulaire vous autorisez LE TREFLE (Association) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LE TREFLE (Association) .
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, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom:

Prénom:

Adresse:

CP: Ville:

Pays:

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC - Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent : ☑

CREANCIER

Nom: LE TREFLE (Association)

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 à: LE TREFLE , 10 Rue de Tournon 75006 PARIS