

TEMOINS,DES ACTEURS EN MOUVEMENT
CO CENTRE CULTUREL OECUMENIQUE
0039 RUE GEORGES COURTELINE
69100 VILLEURBANNE
FRANCE

Identifiant Créancier SEPA : FR93ZZZ519614

OBJET : Prélèvements
Référence Unique de Mandat (RUM) :

Madame, Monsieur,

Conformément à nos accords, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint :

Le mandat de prélèvement nous autorisant à effectuer des prélèvements sur votre compte bancaire, selon les modalités prévues.
Nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ce mandat signé par vos soins, à l'adresse indiquée ci-dessus, dans les meilleurs délais.

Nous nous tenons à votre disposition pour tout complément d'information et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

TEMOINS,DES ACTEURS EN MOUVEMENT

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) TEMOINS, DES ACTEURS EN MOUVEMENT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de TEMOINS, DES ACTEURS EN MOUVEMENT. 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.

Veuillez compléter les champs marqués *.

Votre Nom	*	<input type="text"/>	1
		Nom/Prénoms du débiteur ou dénomination sociale	
Votre adresse	*	<input type="text"/>	2
		Numéro et nom de la rue	
	*	<input type="text"/>	2
		Code Postal	
	*	<input type="text"/>	2
		Ville	
	*	<input type="text"/>	2
		Pays	
Les coordonnées de votre compte	*	<input type="text"/>	
		Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	*	<input type="text"/>	
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	<input type="text"/>	1
		TEMOINS, DES ACTEURS EN MOUVEMENT	
		Nom du créancier ou dénomination sociale	
	*	<input type="text"/>	2
		FR93ZZZ519614	
		Identifiant du créancier	
	*	<input type="text"/>	2
		CO CENTRE CULTUREL OECUMENIQUE 0039 RUE GEORGES COURTELINE	
		Numéro et nom de la rue	
	*	<input type="text"/>	2
		69100	
	*	<input type="text"/>	2
		VILLEURBANNE	
		Code Postal	
	*	<input type="text"/>	2
		FRANCE	
		Pays	
Type de paiement	*	Païement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Païement ponctuel <input type="checkbox"/>	
Signé à	*	<input type="text"/>	2
		Lieu	
	*	<input type="text"/>	2
		Date	
Signatures	*	Veuillez signer ici _____	

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur	<input type="text"/>	2
	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	<input type="text"/>	1
	Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre TEMOINS, DES ACTEURS EN MOUVEMENT et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	
	<input type="text"/>	2
	Code identifiant du tiers débiteur	
	<input type="text"/>	1
	Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.	
	<input type="text"/>	2
	Code identifiant du tiers créancier	
Contrat concerné	<input type="text"/>	2
	Numéro d'identification du contrat	
	<input type="text"/>	2
	Description du contrat	

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier