



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA NOUVELLE DEMANDE

Réf: AFAD-IDF\_GF\_D\_013\_1.0

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) A F A D ILE DE FRANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de A F A D ILE DE FRANCE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

### Créancier

**Identifiant créancier SEPA :** FR07ZZZ413589

**Nom** A F A D ILE DE FRANCE

**Adresse** 135, rue du Mont Cenis

**Cp** 75018

**Ville** PARIS

### Débiteur

**Référence unique de mandat :**

**Votre Nom**

**Votre Adresse**

**Cp**

**Ville**

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

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

Le \_\_\_\_\_

à

**Signature**

**A retourner accompagné d'un RIB à**

**AFAD IDF**

**Service Comptabilité**

**135 Rue du Mont Cenis**

**75018 Paris**

*Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec le client, elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition d'accès et de rectification, prévu aux articles 38 et suivants de la loi N° 78-17 du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*

