| ASSOCIATION CULTURELLE MUSULMANE DE SAVIGNY LE TEMPLE<br>14 Rue Elsa Triolet<br>77176 SAVIGNY LE TEMPLE | **MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**<br>Référence unique du mandat<br><br>A remplir par l'ACMSLT | Association Culturelle Musulmane de Savigny-le-temple |
|---|---|---|

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ACMSLT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ACMSLT.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

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

Votre Nom *……..

Votre adresse ……

Numéro et nom de la rue

* ……..

Code Postal Ville

Les coordonnées *

de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) **Joindre un rib**

Nom du créancier **ASSOCIATION CULTURELLE MUSULMANE DE SAVIGNY LE TEMPLE**

**FR94ZZZ520663**

Identifiant créancier SEPA

**14 Rue Elsa Triolet – 77176 Savigny le Temple**

Numéro et nom de la rue

Paiement * Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐ **Montant …… le ……du mois**

Signé à Savigny le Temple le …/……/…../

Signature(s) *Veuillez signer ici

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