MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA ARCA CMDS.
Cotisation annuelle

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, **accompagné d'un RIB** comportant les mentions **BIC – BAN** à l'adresse suivante :

ARCA CMDS
BAILLET André
8 rue de la Goupillière
79410 SAINT REMY

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Amicale des Retraités du Crédit Agricole Charente Maritime Deux-Sèvres à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Amicale des Retraités du Crédit Agricole Charente Maritime Deux-Sèvres.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : ☑ Récurrent

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : **(*)** _____

Adresse : **(*)** _____

_____

Code postal : **(*)** _____

Ville : **(*)** _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA : FR78ZZZ578763

Nom : Amicale des Retraités du Crédit Agricole CMDS

Adresse : 14, rue Louis Tardy

Code postal : 17140

Ville : LAGORD

Pays: FRANCE

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | | |

Signature :

Le **(*) :** | | | | | | | | |

A **(*)** : _____

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque