

Mandat de Prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association **Réseau des Émetteurs Français** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association **Réseau des Émetteurs Français**.
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 huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.



Référence unique du Mandat :

Identifiant Créancier SEPA : **FR71ZZZ143456**

Débitteur :

Vos Nom et Prénom : _____

Votre Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Créancier :

Nom : **Réseau des Émetteurs Français**

Adresse : **32, rue de Suède**

Code Postal : **37100** Ville : **TOURS**

Pays : **FRANCE**

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif

Ponctuel

A : _____

Le :

SIGNATURE :

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

Les informations contenues dans ce présent mandat, qui doit être complété, sont destinées 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.

À retourner complété et signé, accompagné d'un RIB, à l'adresse ci-dessous :

Par courrier :

**REF
CS 77429
37074 TOURS CEDEX 2**

Par email :

compta@r-e-f.org