Mandat SEPA

Mandat de prélèvement SEPA (partie réservée au service)

Référence unique du mandat

Nom du créancier

Filiadpa
5 bis rue du Tour-de-l'Eau,
38400 Saint-Martin-d'Hères

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (le créancier) Filiadpa, filiale de Téléassistance de l'association AFIPHADOM, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque
à débiter votre compte conformément aux instructions de Filiadpa. 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.

NOM DU CRÉANCIER

FILIADPA
Nom du créancier

FR87222359866
Identifiant du créancier

5BIS, RUE DU TOUR-DE-L'EAU, IMMEUBLE CHAMP-ROMAN
Numéro et nom de la rue

3 8 4 0 0 — Code postal

SAINT-MARTIN-D'HÈRES — Ville

FRANCE
Pays

TYPE DE PAIEMENT — Paiement récurrent / répétitif ☒ — Paiement ponctuel ☐

DÉBITEUR *(veuillez compléter les champs marqués *)*

VOTRE NOM * .....
Nom / Prénoms du débiteur

VOTRE ADRESSE * .....
Numéro et nom de la rue

* **Code postal** ..... Ville

* .....
Pays

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)

NOM DE LA BANQUE * .....
Nom de la banque

ADRESSE DE LA BANQUE * .....
Numéro et nom de la rue

* **Code postal** ..... Ville

SIGNÉ À * .....
Lieu

Date : JJ/MM/AAAA

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.