

**MANDAT de Prélèvement SEPA**A compléter et renvoyer accompagné de **votre RIB**

Réservé AAAEPM

Référence Unique de Mandat(RUM)* *maximum 35 caractères	
---	--

Type de paiement	<input checked="" type="checkbox"/> Récurrent	<input type="checkbox"/> Unique
------------------	---	---------------------------------

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

Vous bénéficiez du droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Toute 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 CREANCIER	ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS ELEVES DU PRYTANEE NATIONAL MILITAIRE
N° d'Identifiant Créancier SEPA (ICS)	FR43ZZZ198862
Adresse du créancier	13, RUE DE TURIN
Code postal	75008
Ville	PARIS
Pays	FRANCE

Nom et prénom du DEBITEUR	
Adresse du débiteur	
Code postal	
Ville	
Pays	
Nom et prénom du titulaire du compte / Débiteur	
Banque	
Adresse de la banque	
Code BIC de la banque	
N° de compte IBAN du débiteur (27 caract.)	-----

Lieu	Date	Signature du débiteur
_____	_____	_____
Fait à	JJ MM AAAA	