

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA



Référence Unique de Mandat :

7	8	4	2	5	9	8	7	1	0	0	0	3	5	M					
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la **SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS**.

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.

Veillez compléter les champs marqués *

Merci de joindre votre RIB

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 du créancier

SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS – 21, rue Daviel – 75013 PARIS FRANCE

I. C. S

F R 6 5 Z Z Z 8 6 5 7 2 9

Identifiant Créancier SEPA

Type de paiement *

Paiement récurrent **choix à entourer** : MENSUEL / TRIMESTRIEL (3 trimestres AEF) / TRIMESTRIEL (4) / SEMESTRIEL

Signé à *

.....

Lieu

Date

Signature *

Veillez signer ici

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies à titre indicatif (à remplir par la SPP)

Code identifiant du débiteur

.....

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque