

# Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat (RUM) :

## Créancier : AMICALE DES RETRAITES BPALC

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

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.

**Votre nom :** .....

**Votre adresse :** .....

Adresse

.....

Code postal - Ville

**Votre pays :** FRANCE

**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 :** AMICALE DES RETRAITES BPALC

**Identifiant du créancier :** FR77ZZZ86DEA1

**Adresse du créancier :** 3 rue Francois de Curel

57000 - METZ

**Pays du créancier :** FRANCE

**Type de paiement :**  Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

**Signé le :** .....

**Lieu :** .....

**Signature(s) :**

À retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :
-----------------	---