Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique de mandat (Ne pas remplir)'

En

utilisant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association de financement Ensemble ! À envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instruction de l'Association de Financement Ensemble.
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.

A remplir et retourner accompagné d'un RIB à :
Association de financement Ensemble, 20 rue Chaudron, 75010 Paris.

L E D E B I T E U R

Nom / Prénoms : ….....

Adresse : N° / Rue ….....

Code postal / Ville : ….....

Mail : ….....l

Collectif Ensemble ! (Département / Ville) : ….....

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN :

Code international de la banque – BIC :

L E C R E A N C I E R

Dénomination : Association de financement Ensemble

Objet : Cotisations exclusivement destinées à Ensemble, Mouvement pour une alternative de gauche, écologiste et solidaire.

Agrément : CNCCFP n° 1086 du 10 février 2014

Identifiant : ICS n° FR16AFE649816

Adresse : 20 rue Chaudron, 75010 Paris.

Contact : tresorerie@ensemble-fdg.org

L E C O N T R A T

Montant : ….....

Type de paiement : récurrent / répétitif ☐ Ponctuel ☐

Périodicité du paiement : mensuel ☐ trimestriel ☐ annuel ☐

Signé à..... le ..... / ….... / 201...

Signature :