

Mandat de prélèvement SEPA



« En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ANGIIL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ANGIIL. 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 ».

Référence unique du mandat : Cotisation et prestations ANGIIL

Identifiant créancier SEPA: FR94ZZZ251682

Type de paiement: Paiement récurrent

<u>Débiteur :</u>	<u>Créancier :</u>
Votre nom :	Nom : ANGIIL
Votre adresse :	Adresse : 12 rue Louis Renault
Code postal :	Code postal : 31130
Ville:	Ville : BALMA
IBAN:	(27 caractères)
BIC:	
A, le	
Signature :	

<u>Pour le paiement de la cotisation ANGIIL</u>, vous avez la possibilité d'opter pour un prélèvement en plusieurs fois. Merci de bien vouloir indiquer votre choix parmi les options suivantes :

Prélèvement en 1 fois

Prélèvement en 2 fois (deux mois successivement)

Prélèvement en 4 fois (trimestriel) *

Prélèvement en 12 fois (mensuel) *

(*) En cas d'adhésion au prélèvement en cours d'année, la cotisation sera répartie sur le nombre d'échéances restantes jusqu'à la fin de l'année.