

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire, vous autorisez L'AFPS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'AFPS.

Vous bénéficiez d'un 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.

DEBITEUR

Veuillez compléter les champs marqués*

*Nom/Prénom

*Adresse (rue, avenue, ...)

*Code postal, Ville

France

*Pays

*Les coordonnées de votre compte IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire (International Bank Account Number)

*Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Identifiant du Débiteur

CREANCIER

ASSOCIATION DE FINANCEMENT DU PARTI SOCIALISTE

Nom du Créancier

FR19ZZZ476811

Identifiant du Créancier

150 AVENUE DAUMESNIL

Adresse (rue, avenue, ...)

75012 PARIS

Code postal, Ville

France

Pays

Pour un type de prélèvement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à : _____, le __ / __ / ____

Signature(s)

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