Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **MIPCF / PLEYEL SANTE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **MIPCF / PLEYEL SANTE**.
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.

Créancier

MIPCF / PLEYEL SANTE
187 boulevard Anatole France
93200 SAINT-DENIS - FRANCE

Identifiant créancier SEPA

FR15ZZZ429062

Débiteur

Civilité : ☐ M ☐ Mme ☐ M et/ou Mme

Nom : Prénom :

Adresse du/des titulaire(s) du compte figurant sur votre relevé d'identité bancaire (RIB)

Code Postal : Ville : Pays :

Coordonnées du compte à débiter

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** :

Code international d'identification de votre banque - **BIC** :

Type de paiement et signature

Type de paiement : **PAIEMENT RECURRENT**

Fait à Paris le

Signature

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