



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



Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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 :
(rempli par Djoatina)

Identifiant créancier SEPA : **FR43ZZZ658836**

Débiteur :

Créancier :

Votre Nom

Nom

Association DJOATINA

Votre Adresse

Adresse

Prat Nau

Code postal

Ville

Code postal

81170

Ville

SOUEL

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement :

Récurrent/Répétitif

Ponctuel

A :

Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Veillez compléter tous les champs du mandat. Et joindre un RIB.