Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SYNDICAT DE LA LIBRAIRIE FRANÇAISE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT DE LA LIBRAIRIE FRANÇAISE

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.

Syndicat de la Librairie Française

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : FR13 ZZZ 517756

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

Créancier :

Nom SYNDICAT DE LA LIBRAIRIE FRANÇAISE

Adresse Hôtel de Massa

38 rue du faubourg St Jacques

Code postal 75014 Ville PARIS

Pays FRANCE

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.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.