

**Mandat de  
prélèvement**



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'association Familles Rurales (les Acroba'tils) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'association Familles Rurales (les Acroba'tils)

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 :

FR8ZZZ468305

Débiteur :

Nom : Association Familles Rurales (Les Acroba'tils)

Votre Nom

Adresse : 27 rue du Commerce, Tillières

Votre Adresse

Code postal

49230

Ville

SEVREMOINE

Pays

FRANCE

IBAN

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

BIC

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

Palement :  Récurrent/Répétitif

Ponctuel

A :

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

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.**