

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT : **AMA SAISON 2025-2026\_ ADH**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

- l'Association **AMA** (le créancier) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association **AMA** (le créancier).

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.

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

**Identifiant créancier SEPA (ICS) :**

F | R | 1 | 6 | Z | Z | Z | 8 | 8 | A | 4 | 2 | 6

Nom du créancier : **AMA**

Adresse (N° et rue) : **Place du souvenir, 56610 Arradon**

Pays : FRANCE

**Nom du débiteur :** \_\_\_\_\_

Adresse (N° et rue) : \_\_\_\_\_

Code postal et ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Les coordonnées de votre compte

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

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

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

POUR UN PRÉLÈVEMENT : RÉCURRENT en **3**  ou **6**  fois      **OU**      PONCTUEL en 1fois

**Cet imprimé doit obligatoirement être accompagné d'un RIB / IBAN.**

Date (jour/mois/année) ..... / ..... / .....

Signature du Débiteur :

Lieu .....

**A RETOURNER avec VOTRE RIB à : ASS MUSICALE ARRADON, Place du Souvenir, 56610 ARRADON**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Des données à caractère personnel vous concernant sont collectées et traitées par Suravenir. Cette collecte et ce traitement sont effectués dans le respect de la réglementation applicable à la protection des données. Toutes les données collectées et traitées sont nécessaires pour la conclusion et l'exécution du contrat, et ont un caractère obligatoire. Vous disposez sur ces données de droits dédiés comme notamment un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de limitation du traitement, de portabilité que vous pouvez exercer auprès de : Suravenir, Service Relations Clients 232 rue du Général Paulet BP 103 29802 BREST Cedex 9 ou par email : conseilsurav@suravenir.fr.