



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA (Joindre un R.I.B)

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

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Les champs marqués sont obligatoire(\*)

### 1- Données débiteur

NOM PRENOM/RAISON SOCIALE\*

ADRESSE\*

CODE POSTAL\*

VILLE\*

PAYS\*

E-MAIL\*

### 2- Informations coordonnées bancaires

IBAN\*

Coordonnées De Votre Compte

BIC – SWIFT\*

Code international d'identification de votre banque

SIREN/SIRET

### 3- Informations Créancier

AFIGEC  
32 AVENUE D'ALBI  
81100 CASTRES  
France  
ICS : FR77ZZZ661910

### 4- Information type de paiement

Type de paiement

Paiement récurrent/ répétitif

Paiement ponctuel

### 5- Signature

Signé à

Date\*

Signature(s)