



MANDAT SEPA

Réf. Unique de

Nom Créancier/Logo

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)

F.F.FOOTBALL DISTRICT DU VAR

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte; et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

F.F.FOOTBALL DISTRICT DU VAR

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom du Client

Nom/ Prénom ou Raison sociale du débiteur

Adresse du Client

Numéro et nom de la rue

Code Postal

Ville

Pays

Coordonnées
Bancaires du
Client

Numéro d'identification International du compte bancaire-IBAN Code

International d'identification de votre Banque - BIC

Nom du Créancier

F.F.FOOTBALL DISTRICT DU VAR

Identifiant du Créancier

FR54ZZZ612757

Adresse du Créancier

169 AVENUE CHARLES MARIE BRUN

83130 LA GARDE

Type de Paiement

Paiement Récurrent/ Répétitif



Paiement Ponctuel/ Unique



Lieu

Date

Signatures

Signature du client

F.F.FOOTBALL DISTRICT DU VAR

Votre Signature + tampon société



Référence du
Contrat Client

(optionnel)

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier