AUTORISATION de Prélèvement SEPA

MRAP

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le MRAP à donner des instructions à votre banque pour débiter votre compte du montant de votre cotisation.

Pour toute réclamation relative au prélèvement ou pour toute modification ou révocation de votre mandat de prélèvement, contactez le MRAP.

Veuillez compléter les champs marqués *

* Votre Nom : ……
Nom / Prénoms du débiteur

* Votre adresse : ……
Numéro et nom de la rue

* Code Postal : …… * Ville : …… * Pays : ……

* 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)

Nom du créancier

MRAP
FR79ZZZ433827…
43, boulevard de Magenta
75010 PARIS - FRANCE

* **Montant de la cotisation+Différences : ..... €** - * Prélèvement trimestriel : ☐ * Prélèvement annuel : ☐

* Fait à : …… le :

* Signature(s) :

Type de paiement : paiement récurrent / répétitif

A retourner au MRAP – 43, bd de Magenta – 75010 Paris

JOINDRE UN IBAN/RIB