Veuillez compléter le mandat ci-joint et nous l'adresser accompagné d'un RIB par courrier à :

ASRAS BNP PARIBAS
Bureau 1102
Adhésions
3-5-7 rue du Général Compans
93500 Pantin

ou par mail à : viviane.jegou@bnpparibas.com

Cotisation annuelle : **5 euros**

Son prélèvement sera récurrent jusqu'à nouvel avis de votre part.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

ASRAS BNP PARIBAS

Référence Unique du Mandat **(ne pas remplir, reservé à l'ASRAS)**

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

Créancier (A)

Identifiant créancier SEPA (ICS) :

FR60ZZZ470156

Nom du créancier : ASRAS BNP PARIBAS

Adresse (N° et rue) : 24 rue des jeûneurs

Code postal et ville : 75002 Paris

Pays : FRANCE

Débiteur

Nom du débiteur : .....

Adresse (n° et rue) : .....

Code postal et ville : .....

Pays : .....

No de compte IBAN :

Code BIC :

N° de contrat sous-jacent : .....

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

POUR UN PRÉLÈVEMENT ☒ RÉCURRENT / ☐ UNIQUE

Signature :

Date (jour/mois/année) / /

Lieu .....

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'oppositions, 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.