



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Paiement Récurrent

Référence Unique du mandat délivrée par ALLIANCE POLICE NATIONALE

Identité du payeur, Titulaire du compte

Madame Monsieur

NOM

Prénom

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

Coordonnées bancaires - Désignation du compte à débiter

(joindre obligatoirement un R.I.B. comportant les mentions ci-dessous)

BIC :

IBAN :

Désignation du Créancier

ALLIANCE POLICE NATIONALE
BP30447 - 75525 PARIS CEDEX 11

Identification Création SEPA (ICS)

FR95ZZZ273295

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : A/ ALLIANCE PN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte B/ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ALLIANCE PN. 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 éventuelle de remboursement devra être présentée : dans les 8 semaines suivant la date débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Fait à

le / /

Signature :