




Mandat de prélèvement SEPA  <small>Single Euro Payments Area</small> <small>Espace unique de paiement en euros</small>	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)	ADF PCF 13	ADF PCF 13
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte		
	conformément aux instructions de	ADF PCF 13	
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.			
Référence unique du mandat (ne pas compléter):	.....	Identifiant créancier SEPA :	FR19ZZZ251577
Débitteur :		Créancier :	
Votre Nom :	.....	Nom :	ADF PCF 13
Votre Adresse	..... ..... .....	Adresse :	280 RUE DE LYON
Code postal	.....	Ville	.....
Code postal	13015	Ville	MARSEILLE
Pays :	FRANCE	Pays :	FRANCE
Date du 1 ^{er} Prél :	Périodicité : Mensuel / Bimestriel / Trimestriel / Annuel (à entourer)		
Montant :€	SECTION :		

IBAN																			
BIC																	Paiement :	Récurrent/Répétitif	
A : Le :																			
Signature :																			
Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Veuillez compléter tous les champs du mandat.																			