

Mandat de prélèvement SEPA Direct Debit - SDD

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE (A)

Vous vous engagez avec l'entreprise suivante :

Nom FEDERATION NATIONALE DES AMBULANCIERS PRIVÉS (FNAP)

Adresse 6, Boulevard Sébastopol

Code Postal 75004 Ville PARIS

ICS FR57ZZZ396393

REFERENCE DU MANDAT

Cette Référence Unique du Mandat est à conserver et à rappeler dans tous vos courriers

Conditions générales d'utilisation de votre mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **FNAP** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de paiement de la cotisation syndicale. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

IDENTIFICATION DU CLIENT

En ce qui vous concerne, nous avons besoin des éléments suivants :

Votre nom et Prénom Nom Prénom

Votre adresse N° et Rue

Code Postal Ville

Vos coordonnées bancaires (B)

BIC

Le BIC est le Code International d'Identification de votre banque

IBAN

FR

Type de paiement Récurrent ☐

Ponctuel ☐

Votre signature

Date

Ville

Date de signature de votre mandat

Lieu de signature de votre mandat

Votre signature validant votre autorisation

REFERENCE DU CONTRAT

N. d'identification du contrat

Description du contrat