

Référence unique du mandat		MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA																									INTERNAT AISAHJE 92 rue Sèvres 75 007 PARIS		
<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'<b>AISAHJE</b> à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'<b>AISAHJE</b></p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,</li> <li>- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.</li> </ul> <p>Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.  <i>Veillez compléter les champs marqués *</i></p>																													
Votre Nom		*.....1																											
Votre adresse		Nom / Prénoms du débiteur																											
		*.....2																											
		Numéro et nom de la rue																											
		*.....3																											
		Code Postal Ville																											
		*.....4																											
		Pays																											
Les coordonnées de votre compte		*.....5																											
		Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)																											
		.....6																											
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)																											
Nom du créancier		*INTERNAT AISAHJE																											
		Nom du créancier																											
		F R 4 0 Z Z Z 6 1 6 6 9 5 .....8																											
		Identifiant créancier SEPA																											
		92 rue de Sèvres .....9																											
		Numéro et nom de la rue																											
		*7 5 0 0 7 *...PARIS.....10																											
		Code Postal Ville																											
		*.....11																											
		Pays																											
Type de Paiement		* Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/> .....12																											
Signé à		*.....2 J J M M A A A A .....13																											
		Lieu Date																											
Signature(s)		*Veillez signer ici																											
		.....																											
<p>Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque</p>																													
<p>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.</p>																													
A retourner à:														Zone réservée à l'usage exclusif du créancier															

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères  
2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères