



MANDAT PRÉLÈVEMENT SÉPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **L'Association Les Jardins du Volvestre** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **L'Association Les Jardins du Volvestre**

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,

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

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Les coordonnées de votre compte : IBAN

BIC

Merci de joindre votre RIB si possible.

Nom du créancier : **LES JARDINS DU VOLVESTRE**

FR07ZZZ597016

Promenade du Bac

31390 SALLES SUR GARONNE

Type de Paiement Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

À :

Le :

Signature :

RUM (à compléter par Les Jardins du Volvestre) :