



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ASSOCIATION DES SCIENCES PO à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association des Sciences Po.

**RUM**

*(partie réservée à l'administration)*

## DÉBITEUR

Votre Nom : .....

Votre Prénom : .....

Votre N° d'adhérent : .....

Votre adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

IBAN

BIC

Fait à : ..... Le : .....

## CRÉANCIER

Identifiant SEPA Créancier : **FR09ZZZ389691**

**ASSOCIATION DES SCIENCES PO**

**26 RUE SAINT GUILLAUME**

**75007 PARIS**

Paiement : **Récurrent / Répétitif**

Signature :

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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.