ASSOCIATION NATIONALE DE RETRAITES
13 Rue des Immeubles Industriels 75011 Paris – Tel : 01 43 79 37 18
Site : www.anrsiege.fr Courriel : anrsiege@orange.fr

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : _____

En signant ce formulaire, vous autorisez l'ANR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de votre groupe ANR de rattachement. 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.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN : |____|____|____|____|____|____|____| BIC : _____

Numéro d'identification international du compte bancaire — Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent/ répétitif : ☒ Paiement ponctuel : ☐

CREANCIER

Nom : ANR GIRONDE ICS : FR19ZZZ445092

Adresse : Res Grand Caillou Bat 13 2 rue Serge Mallet 33320 EYSINES

Fait à : _____

Le _____

Signature adhérent

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.