

	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
---	-----------------------------------	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) GRYMDA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de validées sur le dit mandat.

Vous bénéficiez d'un droit à 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.

NOM DU DÉBITEUR									
ADRESSE									
TÉLÉPHONE									
E-MAIL									
NOM DE VOTRE BANQUE									
DOMICILIATION									
ADRESSE									
IBAN	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
SWIFT BIC	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table>								
NOM DU CRÉANCIER	ASSOCIATION GRYMDA								
NOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL	ROCHELLE CHRISTOPHE								
ADRESSE	6 RUE DE VERDUN - BP 20417 35504 VITRE CEDEX								
TÉLÉPHONE	06 79 52 99 64								
E-MAIL	ass.grymda@gmail.com								
MONTANT DÛ EN EUROS €								
TYPE DE PAIEMENT	Ponctuel en 1 fois <input type="checkbox"/> à la date 5 octobre Répétitif en 3 fois <input type="checkbox"/> à la date du 5 de oct / nov / déc. Récurrent en 6 fois <input type="checkbox"/> à la date du 5 d'octobre au 5 mars inclus								
SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE									
LIEU ET DATE									