GOCARDLESS

Mandat de prélèvement SEPA

Paiements récurrents

INFORMATIONS DÉBITEUR

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

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

Adresse mail : .....

Adresse mail obligatoire pour le traitement du mandat électronique final

COMPTE À DÉBITER

Nom banque : .....

Adresse : .....

.....

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

IBAN : N° identification international de votre compte bancaire

BIC : Code international d'identification de votre banque

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Étoile de Lusigny et son prestataire technique GoCardLess Ltd à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Étoile de Lusigny.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par l'association Étoile de Lusigny et son prestataire technique que pour la gestion de sa relation avec son client (*adhérent, sponsor, partenaire*…). Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus dans le cadre du Règlement Européen de Protection des Données

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

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

Signature du titulaire du compte

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN RIB, RIP ou RICE

Sur vos relevés bancaires, le créancier apparaîtra sous le nom **GOCARDLESS**, suivie d'une référence commençant par **FOOTLUSIGNY**