Référence Unique du Mandat	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	Ordre des Avocats Hauts-de-Seine

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {*Ordre des avocats des Hauts-de-Seine*} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {*Ordre des avocats des Hauts-de-Seine* }.

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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom * ……

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse * ……

Numéro et nom de la rue

| | | | | | ……………………………………………………………………………………………………

Code Postal Ville

……

Pays

Les coordonnées de votre compte *

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro d'identification international du compte bancaire **– IBAN** (International Bank Account Number)

| | | | | | | | | | | |

Code international d'identification de votre banque – **BIC** (Bank Identifier Code)

Nom du créancier **ORDRE DES AVOCATS HAUTS-DE-SEINE**

Nom du créancier

I. C. S | F | R | 4 | 5 | Z | Z | Z | 8 | 8 | 5 | 2 | A | C | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier **179-191 AVENUEJOLIOT-CURIE**

Numéro et nom de la rue

| **9** | **2** | **0** | **2** | **0** | **NANTERRE**……………………………………………………………

Code Postal Ville

FRANCE……………………………………………………………………………………………

Pays

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Signé à * …………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |

Lieu Date *

Signature(s) * Veuillez signer ici

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