MANDAT SEPA

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez PREVOYANCE FER à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de PREVOYANCE FER.

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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre nom

Nom/prénom du débiteur

Votre Adresse :

Numéro et nom de la rue

Code postal *Commune* *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 et adresse du créancier

Prévoyance Fer
(association régie par la loi 1901) - n° SIRET 389 653 072
24 rue du Rocher
75008 PARIS

Les informations recueillies sur ce mandat sont enregistrées dans un fichier papier et informatisées par un gestionnaire en charge des cotisations. Elles servent à prélever les cotisations dues dans le cadre de votre(vos) couverture(s) d'assurance souscrite(s) auprès de Prévoyance Fer. Elles sont conservées pendant toute la durée de vie de la (des) couverture(s) d'assurance concernée(s) et ne sont accessibles que par un gestionnaire attitré. Conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles (RGPD), toute personne dispose d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition des données le concernant. Pour en savoir plus sur ses droits, il suffit de nous contacter en envoyant un e-mail à l'intention du responsable RGPD à prevoyancefer@wanadoo.fr

MANDAT SEPA

Prévoyance Fer

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez PREVOYANCE FER à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de PREVOYANCE FER.

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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre nom

Nom/prénom du débiteur

Votre Adresse :

Numéro et nom de la rue

Code postal *Commune* *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

Prévoyance Fer — *Nom du créancier*

F R 1 0 Z Z Z 1 3 6 7 9 4 — *Indentifiant du créancier*

24 rue du rocher — *Numéro et nom de la rue*

7 5 0 0 8 — *Code postal*

PARIS — *Commune*

FRANCE — *Pays*

Type de paiement ☐ Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel

* Conformément au code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrat en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr)

Signé à* _____ , le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Lieu et date de signature *JJ / MM / AAAA*

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.