

MANDAT DE PRELEVEMENT REPETITIF SEPA

En signant ce formulaire, vous autorisez le SPAF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions du SPAF.

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 suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement non autorisé.

Nom et adresse du titulaire du compte à débiter (en majuscules)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal / Ville :

Pays :

R.U.M

(Référence Unique de Mandat) à compléter par le SPAF

Nom tiers débiteur

A compléter uniquement si vous réglez pour un tiers

Désignation de l'établissement teneur du compte à débiter (en majuscules)

Nom de la banque :

Adresse complète de l'agence

Code postal / Ville

Pays

IBAN

B.I.C

Désignation de l'organisme créancier

Syndicat des Pilotes d'Air France

1 Rue le Corbusier CP 50212 94518 Rungis cedex

www.spaf.aero email : contact@spaf.aero

Tel : 01 46 86 66 05 Fax : 01 46 86 09 34

N° I.C.S. (Identifiant Créancier Sepa) :

FR44ZZZ110574

Signature du titulaire du compte à débiter

Fait à

Le

Signature :

Prière de joindre un RIB (Relevé d'Identité bancaire)