



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **AITF** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **AITF**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.



Référence unique du mandat (n°adhérent) _____ Identifiant créancier SEPA : **FR13ZZZ130532**

Débiteur : _____ **Créancier : AITF**

Votre Nom _____ Nom _____

Votre Adresse _____ Adresse **BP 257**

Code postal _____ Ville _____ Code postal **94701** Ville **MAISONS ALFORT PDC1**

Pays _____ Pays **FRANCE**

IBAN

BIC

Tiers débiteur _____ Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Tiers créancier _____

A : _____ Le :

Signature :

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

Veillez compléter tous les champs du mandat.

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE VOTRE RIB