Mandat de prélèvement SEPA	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **ADF PCF 29** 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.	**ADF PCF 29**	**ADF PCF 29**
Référence unique du mandat (ne pas compléter):	.....	Identifiant créancier SEPA :	**FR02ZZZ387198**

Débiteur :				**Créancier :**			
Votre Nom :	.....			Nom :	**ADF PCF 29**		
Votre Adresse	....			Adresse :	**5 RUE HENRI MOREAU**		
Code postal	.....	Ville	.....	Code postal	**29200**	Ville	**BREST**
Pays :	FRANCE			Pays :	FRANCE		

Date du 1er Prél : .....

Périodicité : Mensuel / Bimestriel / Trimestriel
(*à entourer*)

Montant : .....€

IBAN			
BIC		Paiement :	Récurrent/Répétitif

A :..... Le :.....

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Veuillez compléter tous les champs du mandat.

N'oubliez pas de joindre un RIB à ce document rempli et signé.