Référence Unique du Mandat	**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA** **RUM**

Ostéopathes de France

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

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 * UNION FEDERALE DES OSTEOPATHES DE FRANCE

I. C. S * F R 9 4 Z Z Z 5 8 3 5 1 9

Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier 10 Boulevard de la Victoire

6 7 0 0 0 Strasbourg

Type de paiement * Paiement répétitif

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. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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 tels que 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.

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
OSTEOPATHES DE FRANCE **RUE DES TROIS CAPITAINES** **26400 CREST**	