

| | | |
|----------------------------|-----------------------------------|--|
| Référence unique de mandat | MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA | ARGR Ile de France  Amicale Régionale du Groupe Renault Ile-de-France |
|----------------------------|-----------------------------------|--|

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

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,

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

Veillez compléter les champs ci-dessous :

| | | |
|--|--|----|
| Votre nom | Nom/ prénom du débiteur [emprunteur 1] <i>et/ou – rayer la mention inutile</i> Nom/ prénom du débiteur [emprunteur 2] | 1 |
| Votre adresse | Numéro et nom de la rue, | 2 |
| | Code postal <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Ville | 3 |
| | Pays | 4 |
| | | |
| Les coordonnées de votre compte | Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN (International Bank Account Number) <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | 5 |
| | Code d'identification de votre banque (BIC) <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | 6 |
| Nom du créancier | ARGR IDF | 7 |
| | 27 rue des Abondances | 8 |
| | 92100 Boulogne-Billancourt | 9 |
| | FRANCE | 10 |
| | Contact : secrétariat 06 72 09 87 61 | 11 |
| Type de paiement | Répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Référence du financement : annuel au 01/03/2017 | 12 |
| Signé à | Lieu Date / / | 13 |
| Signature | Veuillez signer ici  <input style="width: 500px; height: 40px; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0;" type="text"/> | |
| Note | Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. | |

A retourner à : ARGR IDF 27 rue des Abondances 92100 Boulogne-Billancourt

Zone réservée au créancier

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'opposition, d'accès, et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.