

# Mandat de prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) AMICALE DES AGENTS DE LA RATP ORIGINAIRE DES DOM TOM

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément

aux instructions de AMICALE DES AGENTS DE LA RATP ORIGINAIRE DES DOM TOM. 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.

## Débiteur :

Votre nom :

\_\_\_\_\_

Votre adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP/Ville : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pays : France

Créancier

**AMICALE DOM TOM RATP**  
**161 rue des poissonniers**  
**75018 Paris**

France

ICS : FR 66 ZZZ 866 F 04

RUM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IBAN :

BIC :

Paiement :  récurrent/répétitif

A : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

\_\_\_\_\_

**Je choisi mon prélèvement pour mes cotisations**

**1.67€ par mois**

**20€ en une fois /an**

NB : 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

**Merci de coller votre RIB (Relevé d'identité bancaire)**

A nous retourner dûment complété