

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
Chez Mr Karil POLYGONE
9 rue Babeuf
94270 Le Kremlin Bicêtre
France
ICS : FR 66 ZZZ 866 F 04

RUM: _____

IBAN :

BIC :

Paiement : récurrent/répétitif

A : _____

Le : _____

Signature :

**Votre cotisation annuelle est de 20€, vous serez
prélèvé de la somme 1.67€ le 02 de chaque mois.**

NB : 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

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

A nous retourner dûment complété