



Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **la Fondation Providence Ribeauvillé – Institution Sainte Marie** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **la Fondation Providence Ribeauvillé – Institution Sainte Marie**. 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.

CREANCIER

F R | 2 7 | S T M | 5 9 5 9 7 7

Identifiant du créancier

FONDATION PROVIDENCE RIBEAUVILLE – INSTITUTION SAINTE MARIE

Nom du créancier

15 RUE DU LUTZELBACH

Adresse (rue, avenue, ...)

68150 RIBEAUVILLE

Code postal, Ville

FRANCE

Pays

Paiement récurrent / répétitif

DEBITEUR

Nom / Prénom du débiteur

Adresse (rue, avenue, ...)

Code postal

Ville

Pays

Coordonnées de votre compte **IBAN** – Numéro d'identification international

Code international d'identification de votre banque - **BIC**

Fait à

le

Signature(s)

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)

Nom du tiers débiteur

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

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.