MANDAT de Prélèv	
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association France Spondyloarthrites à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et le Crédit Mutuel, notre banque, à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association France Spondyloarthrites. 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.	
Veuillez compléter les champs marqués*	
Votre Nom	* Nom / Prénoms du débiteur
Votre adresse	*
	Numéro et nom de la rue * Code postal Ville
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 Identifer Code)
Nom du créancier	* ASSOCIATION France SPONDYLOARTHRITES Nom du créancier
	* FR19ZZZ602717 Identifiant du créancier
	* Appt n° 15 27 RUE AIME AUDUBERT Numéro et nom de la rue
	*1 9 0 0 0 * TULLE
	Code postal Ville *
Town do walled and	Pays
i ype de paiement	* Paiement récurrent / répétitif X Paiement ponctuel L
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	
	ives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies à titre indicatif
Code idenifiant du débiteur	indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué	"Nom du tiers débiteur": si votre paiement concerne un accord passé entre l'Association France Spondyloarthrites et un tiers "par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
(si différent du	Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
débiteur lui-même)	Code identifiant du tiers débiteur
	Nom du tiers créancier: le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.
	Code identifiant du tiers créancier
Contrat concerné	Numéro d'identification du contrat
	Description du contrat
A retourner à:	
Zone réservée à l'usage exclusif du créancier	