FRANCE PARTENAIRE
ORGANISME MIXTE DE GESTION AGREE

# Mandat de prélèvement SEPA

Document à compléter impérativement **en lettres majuscules** et **au stylo noir**

## Débiteur

Enseigne/ Raison sociale : .....

Nom et prénom (si entreprise individuelle) : .....

N° adhérent : I___I___I___I___I___I___I

**Adresse :**

N° et voie.....

Code postal : I___I___I___I___I___I Ville : .....

**Coordonnées bancaires :**

IBAN : : : I___I___I___I___I I___I___I___I___I I___I___I___I___I I___I___I___I___I I___I___I___I___I I___I___I___I___I I___I___I___I

BIC : I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

Vos données à caractère personnel figurant ci-dessus sont nécessaires au traitement de votre demande. Conformément aux articles 38 et suivants de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression.

## Prélèvement

**CONTRAT CONCERNE** : adhésion à OGA FRANCE PARTENAIRE - règlement des cotisations annuelles

**N° de Référence Unique du Mandat (RUM) :** I_A_I_D_I___I___I___I___I___I___I

**Type de paiement** : prélèvement récurrent (répétitif) : x

## Créancier

Nom du créancier : OGA FRANCE PARTENAIRE

Identifiant du créancier : ICS : FR78ZZZ647148

Adresse du créancier : 95 boulevard de Sébastopol – BP 66205 - 75062 Paris Cedex 02

**En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OGA FRANCE PARTENAIRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OGA FRANCE PARTENAIRE.**

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
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 et sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

A.....

Le .....

**N.B : il est impératif de joindre votre RIB à ce document.**

Signature