

BE59ZZZ0413264045
Av. Jean Burgers 2 25
1180 BRUXELLES

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE SEPA Core

RÉFÉRENCE DU MANDAT

POUR UN PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT / UNIQUE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ASSOCIATION DES ERGOTHERAPEUTES/BE59ZZZ0413264045 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASSOCIATION DES ERGOTHERAPEUTES/BE59ZZZ0413264045.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Votre banque vous fournira volontiers plus d'informations concernant vos droits et obligations.

Le soussigné,

Nom du débiteur

Rue et numéro

Code postal et ville

Pays

N° de compte IBAN

Code BIC

N° de contrat sous-jacent : COTISATION ANNUELLE

Référence du débiteur : ERGOTHERAPEUTE AGRÉÉ

Date (jour/mois/année)

Signature

Lieu

