



Madame, Monsieur,

Vous allez adhérer à l'AMIEM – Service de Santé au Travail.

Pour le paiement de vos factures, nous vous invitons à compléter le document ci-dessous et à nous le retourner **accompagné** de **votre RIB mentionnant le numéro IBAN** (International Bank Account Number).

Dans cette attente et avec nos remerciements, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le Pôle Adhésions

PENSEZ A JOINDRE VOTRE RIB

Mandat de prélèvement SEPA 	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) AMIEM	
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AMIEM	
	Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.	
Référence unique du mandat :	Identifiant créancier SEPA : FR60ZZZ525640	ADH :
Débiteur :	Créancier :	
Votre Nom	Nom : AMIEM – SANTE AU TRAVAIL	
Votre Adresse	Adresse : 1 Chemin de Locmaria Pantarff CS 45591	
Code postal	Code postal : 56855	Ville : CAUDAN Cedex
Pays	Pays : FRANCE	
IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
A :	Le : <input type="text"/>	
Signature :		
<input type="text"/>		
Nota : 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.		