**APPEL DE COTISATION ONPP 2024 : MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA A RETOURNER AVANT LE 31/12/2023**

**Dans le mandat, précisez les échelonnements choisis :**

1 fois : 31 mars,

2 fois : 31 janvier, 31 mars,

3 fois : 31 janvier, 28 février, 31 mars.

**En cas de changement de compte bancaire, veillez à nous retourner votre nouvel IBAN (RIB) afin d’éviter des frais de rejet.**

**En cas d’incidents de prélèvements répétés, le règlement du solde de la cotisation devra se faire sans délai par chèque.**

**Le mode de règlement de la cotisation par prélèvement ne pourra alors plus vous être accordé.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA + JOINDRE IBAN (RIB)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **R** | **E** | **F** |  | **U** | **N** | **I** | **Q** | **U** | **E** |  | **M** | **A** | **N** | **D** | **A** | **T** |  | **O** | **N** | **P** | **P** | **-** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | | ONPP_logo_NB |

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l’Ordre national des pédicures-podologues à envoyer des instructions à votre banque pour

débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l’Ordre national des pédicures-podologues.

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 |
|  | ……………………………………………………………………………………………………………………..….  Pays |
| 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 Identifier Code) |
| Nom du créancier \* | **Ordre National des Pédicures-Podologues**  Nom du créancier |
| I. C. S \* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | F | R | 3 | 6 | Z | Z | Z | 5 | 1 | 9 | 7 | 6 | 7 |   Identifiant Créancier SEPA |
| Adresse du créancier | 100 Boulevard Auguste Blanqui  Numéro et nom de la rue |
|  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 7 | 5 | 0 | 1 | 3 |   PARIS  Code Postal Ville |
|  | FRANCE  Pays |
| Type de paiement  Choisir son échelonnement en cochant la case correspondante\* | Paiement récurrent / répétitif 🞏 (si en 2 ou 3 fois) Paiement ponctuel 🞎 (si en 1 fois) |
|  |  |
| Signé à \* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   ………………………………………………………………….  Lieu Date |
| **Signature(s)\*** |  |
|  |  |

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. 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.