

## ÉTALEMENT DE PAIEMENT

### MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA POUR PAX

**A retourner à la CARPV par courrier ou par mail (service.cotisants@carpv.fr)**

**Référence unique du mandat** [À compléter par la CARPV]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*En signant ce formulaire vous autorisez la CARPV à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CARPV. 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.*

Code cotisant CARPV :

Nom cotisant :

Prénom cotisant :

Adresse :

Courriel :

Code Postal :

Ville :

Pays :

N° téléphone :

### DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

Nom du titulaire du compte :

Code BIC      | | | | | | | | | | | | | |

Numéro IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### MODE DE PAIEMENT

Paiement récurrent/répétitif

Nombre de Mensualités souhaité (12 mensualités maximum) : ..... mois

Année d'exigibilité: .....

### CRÉANCIER

Nom : C.A.R.P.V.

ICS : FR57222173002

Adresse : 64, avenue Raymond Poincaré – 75116 PARIS

Fait à :

Le :

➤ Prière de renvoyer ce formulaire au créancier en y joignant

**OBLIGATOIREMENT : un relevé d'identité bancaire (RIB).**

Signature