



En signant ce formulaire vous autorisez l'ACORAM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ACORAM. 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.
Veillez compléter obligatoirement les champs suivants marqués*

Mandat de prélèvement SEPA (édition 2017)

<input type="checkbox"/> 48€	Adhésion annuelle (France)
<input type="checkbox"/> 24€	Adhésion moins de 30 ans – Veuf/Veuve d'un membre de l'ACORAM
<input type="checkbox"/> 98€ <input type="checkbox"/> 220€	Adhérent Donateur / Bienfaiteur

Votre nom*

Votre adresse* N° et rue

Code Postal* Ville*

Pays*

Courriel

Coordonnée de votre compte*

(joindre un IBAN) Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (29 caractères)

.....
Code international d'identification de votre banque – BIC (8 ou 11 caractères)

Nom du créancier : **ACORAM**
Adresse : **86, rue d'Amsterdam**
75009 PARIS

Références bancaires
ICS : **FR53ZZZ532847** BIC : **PSSTFRPPPAR**
IBAN : **FR4120041000010104284H02016**

Type de paiement Paiement Récurrent/répétitif

Signé à : le/...../201..

Signature