



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 **tous les 1^{er} mars de chaque année**, 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 (tarifs 2018)

<input type="checkbox"/> 48€*	Cotisation annuelle Actif/Membre associé (France)
<input type="checkbox"/> 55€*	Cotisation annuelle Actif / Membre associé (DOM/TOM)
<input type="checkbox"/> 63€*	Cotisation annuelle Actif / Membre associé (Etranger)
<input type="checkbox"/> 24€*	Cotisation jeune jusqu'à l'année des 35 ans – Veuf/Veuve d'un membre de l'ACORAM
<input type="checkbox"/> 24€*	Cotisation après 35 ans – Les deux premières années d'adhésion

dont 8 € pour la revue MARINE ACORAM

Vos nom et prénom*

Votre adresse* N° et rue

Code Postal Ville.....

Pays

Courriel

Coordonnées de votre compte bancaire

.....

(joindre un RIB)

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

.....

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

Nom du créancier :

ACORAM

Références bancaires

Adresse :

**86, rue d'Amsterdam
75009 PARIS**

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

Type de paiement

Paiement récurrent/répétitif

Signé à :

le/...../201..

Signature

--