



A RENVoyer EXCLUSIVEMENT A L'ARAF

DEMANDE ET AUTORISATION DE PRELEVEMENT SUR COMPTE BANCAIRE OU POSTAL

des cotisations correspondant à mon adhésion à

l'Association des Retraités du groupe Air France (l'ARAF) association loi 1901

Complétez, datez et signez la demande et l'autorisation de prélèvements ci-dessous,

Joignez obligatoirement un R.I.B ou RIP (Relevé d'identité bancaire ou postal)

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENTS SEPA

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier

Nom, Prénom et adresse du demandeur (le débiteur)	Désignation et adresse de l'établissement bancaire Teneur du compte à débiter

COMPTE A DÉBITER

IBAN – Identifiant international de compte.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC – Identifiant international de l'Etablissement. :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Date :

Signature :

Nom et adresse du Créancier

L'ARAF

Roissypôle BAT 5

45 rue de PARIS

95747 Roissy-Charles de Gaulle Cedex

Zone réservée à l'ARAF : RUM

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice d'un droit individuel d'accès auprès du créancier, à l'adresse ci-dessus dans les conditions prévues par la commission Nationale Informatique et Liberté.

Vous disposez 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.

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

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, tous les prélèvements des cotisations ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte

Nom, Prénom et adresse du demandeur (le débiteur)	Désignation et adresse de l'établissement bancaire teneur du compte à débiter

COMPTE A DÉBITER

IBAN – Identifiant international de compte.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC – Identifiant international de l'Etablissement. :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Date :

Signature :

Nom et adresse du Créancier

L'ARAF

Roissypôle BAT 5

45 rue de PARIS

95747 Roissy-Charles de Gaulle
Cedex

ICS : FR38ZZZ868FA2

Identifiant créancier SEPA

Type de paiement : paiement récurrent

L'ARAF- Roissypôle BAT 5- 45 rue de PARIS 95747 Roissy-Charles de Gaulle Cedex

CCM IBAN FR76 1 027 806 1 2400 0204 1 570 1 22

Tél : 01 79 351 731 - Site Internet : www.araf.info - E-mail : araf@araf.info