



1500 infirmiers élus,
à votre service bénévolement
à travers toute la France.

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence du mandat :

Créancier :
**CONSEIL NATIONAL
DE L'ORDRE DES
INFIRMIERS**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **Conseil National de l'Ordre des Infirmiers** à envoyer des instructions à votre banque * pour débiter votre compte conformément aux instructions du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers.

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.

* Indiquer le nom de votre Banque

A compléter

Votre nom

.....

Votre adresse

.....

Numéro et nom de la rue

.....

Code Postal et 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

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS

Identifiant du créancier

FR14ZZZ574774

Adresse du créancier

**228 RUE DU FAUBOURG SAINT-MARTIN
75010 PARIS**

Pays du créancier

France

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Fait à : le :

Signature :

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

A retourner accompagné d'un RIB à :

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS
Service comptabilité 1^{er} étage
228, rue du Faubourg Saint-Martin
75010 PARIS

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :