

ADHESION MEMBRE CORRESPONDANT

Cabinet Comptable

Nom du cabinet comptable (inscrit à l'ordre des Experts-comptables) :

.....

Expert-comptable :

Adresse professionnelle :

.....

N° de SIRET :

										0	0	0		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	--	--

CODE APE :

--	--	--	--	--

Téléphone :/...../...../...../.....

Adresse mail :@.....

Déclare adhérer à l'association en tant que membre correspondant et souhaite bénéficier d'un accès aux publications et informations spécifiques du centre.

Fait à : Le :/...../.....

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvée »)

Mandat de prélèvement (SEPA)

Référence du mandat _____
Référence Unique du Mandat – RUM

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Groupe Cegara à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Groupe Cegara. 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 par un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre nom 01

Votre adresse 02
03
04

Les coordonnées de votre compte *Numéro d'identification international de compte bancaire – IBAN* 05

Code international d'identification de votre banque – BIC 06

Nom du créancier 07
08
09
10
11

Groupe Cegara
FR17ZZZ89CB70
8 rue du Bon Puits
49480 VERRIERES EN ANJOU
France

Type de paiement ☐ Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel 12

Signé à *Lieu* *Date* 13

Signature *Veillez signer ici*

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont disponibles auprès de votre banque.

A retourner à :	contact@groupecegara.fr OU Groupe Cegara 1 impasse Denis Papin 47200 MARMANDE	Zone réservée à l'usage unique du créancier Code client :
-----------------	--	--