

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE SEPA-CORE SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Nom / Name

Prénom / Vorname

N° et rue
Nr. und Straße

Code postal / Postleitzahl Localité / Ort

Pays / Land

Compte IBAN
IBAN Kontonummer

BIC

Nom de la banque
Name der Bank

Veuillez joindre une copie du certificat d'identité bancaire. (RIB) / Bitte legen Sie eine Kopie der Bankbescheinigung bei.

Encaissement Einzug

annuel
jährlich

semestriel
halbjährlich

mensuel
monatlich

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CMCM à envoyer des instructions à votre banque afin que cette dernière puisse débiter votre compte du montant de la cotisation.

Selon la législation en vigueur, vous disposez d'un délai maximal de 8 semaines à dater de la date du prélèvement de la cotisation pour en demander le remboursement éventuel auprès de votre banque.

Échéance du retrait :

Annuel : prélèvement automatique le 2 janvier

Semestriel : prélèvement automatique le 2 janvier et le 2 juillet

Mensuel : prélèvement automatique le 2 de chaque mois

Durch die Unterzeichnung dieses Vollmachtformulars ermächtigen Sie die CMCM, Anweisungen an Ihre Bank zu schicken, damit diese den Beitragsbetrag von Ihrem Konto abbuchen kann.

Gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen verfügen Sie über eine Frist von maximal 8 Wochen nach dem Abbuchungsdatum des Beitrags, um dessen etwaige Rückerstattung bei Ihrer Bank zu beantragen.

Abbuchungstermine:

Jährliche Zahlung: automatische Abbuchung am 2. Januar

Halbjährliche Zahlung: automatische Abbuchung am 2. Januar und am 2. Juli

Monatliche Zahlung: automatische Abbuchung jeweils am 2. des Monats

Fait à / Ausgestellt in

Signature
Unterschrift

le / den

RÉSERVÉ À LA CMCM / DER CMCM VORBEHALTEN

Identification du créancier

Référence du mandat

N° du contrat