Vous souhaitez bénéficier du prélèvement automatique de vos cotisations ou modifier vos coordonnées ?
Pour cela, je vous invite à me retourner le mandat de prélèvement ci-dessous dûment complété, daté et signé, accompagné de votre R.I.B. (Relevé d'Identité Bancaire)

✂- -

Demande de prélèvement à envoyer à :
APRIL Santé Prévoyance - Service Cotisations - 69439 LYON CEDEX 03

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA N° de client : **34.23892.00**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASP. 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.

Veuillez compléter les champs marqués *
Votre nom* : ______________________
Votre prénom* : ______________________
Adresse* : ______________________
Code Postal* : I_II_II_II_II_I Ville* : ______________________
Pays* : ______________________
Les coordonnées de votre compte* : **Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**
F R _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
BIC _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : **ASP**
I.C.S. : **FR85ASP423146**
Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance
69439 LYON CEDEX 03

Type de paiement* : ☒ Paiement récurrent
☐ Paiement ponctuel
Signé à* : ______________________
Date* : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Signature(s)* :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmis à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03.