

Section de * : **MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA**

N° Référence Unique de Mandat (RUM) – Ne rien inscrire dans ces cases, merci.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat (au format numérique ou papier), vous autorisez l'**ADF-PCF 93** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte bancaire, conformément aux instructions de l'**ADF-PCF 93**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre Banque dans les conditions décrites par la convention 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,
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vous autorisez également l'ADF-PCF 93 et le PCF 93 à **traiter les données personnelles fournies**, dans le cadre de leur fonctionnement respectifs, pour l'exécution du présent mandat. Vous disposez du droit à modifier celles-ci en contactant l'ADF-PCF 93.

Le montant maximal des cotisations et souscriptions est de 7 500€/personne/an (pas de plafond pour les indemnités d'élus). Ces versements ouvrent droit à déduction fiscale de 66 % du montant versé, dans la limite de 20 % du revenu imposable.

Vos coordonnées :NOM - Prénom * : Adresse * : Bâtiment * : N° d'appartement * : Code postal * : Ville * : Courriel : Téléphone : **Vos coordonnées bancaires (figurant sur votre RIB, à joindre impérativement):**N° IBAN (Identification internationale du compte bancaire) * : N° BIC (Code international d'identification de la banque) * : **Le créancier :**

Association Départementale pour le Financement du PCF 93, association de financement publiée au JO du 23/12/2000 mandatée pour le recueil des ressources de la Fédération de Seine-Saint-Denis du Parti communiste français (PCF 93) conformément à la Loi n° 88-227 du 11/03/88 relative à la transparence financière de la vie politique – 14 rue Victor Hugo 93500 PANTIN - fede@93.pcf.fr - 01 48 39 93 93

Identifiant Créancier SEPA (n° ICS) :

F	F	2	1	Z	Z	Z	4	5	7	7	6	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Motif du prélèvement * : Cotisation Indemnités d'élue Souscription**Prélèvement récurrent *** : Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel**Montant du prélèvement *** : €Fait à * : le * : **Signature *** :