

**MANDAT DE
PRELEVEMENT
SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SIL (AIEHL) à donner les instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SIL (AIEHL).

R.U.M. (à remplir par l'AIEHL) _____

Identifiant créancier SEPA : FR 22 ZZZ 566 094

DEBITEUR :

Prénom et Nom : _____

Nom : Association des Internes en Exercice des Hôpitaux de Lille

Adresse : _____

Internat de l'hôpital cardiologique

1 place de Verdun

59037 LILLE CEDEX

Code postal et Ville : _____

Pays : France

Pays : France

IBAN

BIC

Paiement x récurrent / répétitif
 ponctuel

SIGNATURE :

Fait à : _____

Le : _____

Merci de compléter tous les champs du mandat