



Société Française  
de Physique

## Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique de mandat :	Cadre réservé au créancier -----
------------------------------	-------------------------------------

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Société Française de Physique à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte du montant de votre cotisation et abonnement(s) conformément aux instructions de la Société Française de Physique.  
Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

**Veillez compléter les champs marqués (\*) et retourner cet imprimé signé accompagné d'un RIB à la Société Française de Physique par e-mail : [secretariat@sfpnet.fr](mailto:secretariat@sfpnet.fr) ou courrier postal : Service adhésions/cotisations – 33 rue de Croulebarbe – 75013 Paris.**

<b>Créancier</b> Nom : Identifiant (ICS) : Adresse : Téléphone : E-mail	<b>SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHYSIQUE</b> FR14ZZZ000049 33 Rue de Croulebarbe 75013 –Paris – FR 01 44 08 67 10 <a href="mailto:secretariat@sfpnet.fr">secretariat@sfpnet.fr</a>
--	--

<b>Débiteur – Adhérent SFP</b> Nom ou raison sociale (*) : Prénom (*) : Adresse postale (*) :  Code postal (*) : Ville (*) : Pays (*) :  Je souhaite être prélevé : <i>(cochez la case de votre choix)</i>	----- ----- ----- ----- ----- ----- <input type="checkbox"/> En février <input type="checkbox"/> En juillet <input type="checkbox"/> En mai <input type="checkbox"/> En septembre
--	--

<b>Coordonnées bancaires</b> IBAN (*) : BIC (*) :  Type de paiement :	----- ----- <b>Récurrent</b>
---	------------------------------------

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent :

--