



Association
Luxembourgeoise des
Infirmiers/ières en
Pédiatrie

Mandat de domiciliation européenne SEPA-CORE **pour un prélèvement récurrent.**

Identifiant créancier (ALIP): LU47ZZZ0000000000000000F2260

Référence du Mandat : _____ (à remplir par l'ALIP)

Je soussigné, NOM : _____

PRENOM : _____

Rue : _____

N : _____

CP : _____

Ville : _____

Pays : _____

Adresse e-mail : _____

Compte IBAN : _____

BIC : _____

Veillez cocher s.v.p. :

- Cotisation annuelle (membre actif :25€, membre passif : 15€)
- Assurance protection juridique professionnelle (prix varie selon les conditions mentionnées dans le contrat)
- Assurance responsabilité civile professionnelle (prix varie selon les conditions mentionnées dans le contrat)

Date : ___/___/___ (JJ/MM/YYYY)

SIGNATURE : _____

ASSOCIATION LUXEMBOURGEOISE DES INFIRMIERS/IÈRES EN PÉDIATRIE A.S.B.L.
42, RUE DES ÉTATS-UNIS
L-1477 LUXEMBOURG

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'association luxembourgeoise des infirmiers/ières en pédiatrie A.S.B.L. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'association luxembourgeoise des infirmiers/ières en pédiatrie A.S.B.L. Vous bénéficierez d'un droit de 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.