

AVIS DE CHANGEMENT DE SITUATION

N° adhérent (Matricule) :

Nom : Prénom :

Changement d'affectation

Ancien service :

Nouveau service :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone bureau :

Courriel professionnel : @

Grade :

Changement d'adresse personnelle

Adresse (ligne 1) :

Adresse (ligne 2) :

Code postal :

Ville :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Courriel personnel : @

Changement de coordonnées bancaires (Ne pas oublier de joindre un relevé d'identité bancaire)



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association Nationale d'Action Sociale (ANAS) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association Nationale d'Action Sociale (ANAS). Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.



Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR 98 ZZZ 288373**

Débiteur :

Créancier :

Votre nom :

Association Nationale d'Action Sociale

Votre adresse :

BP 81

.....

18 quai de Polangis

Code postal Ville

94344 JOINVILLE LE PONT Cedex

Pays

FRANCE

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

A : Le :

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de notre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat.