

Mandat de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat (RUM)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Créancier — FR 16 HEB 5 4 3 6 9 8

Identifiant du Créancier

CCAS DE VERNAIL LE FOURRIER

Nom du créancier

RUE DE LA CHAMBARDELIERE

Adresse (rue, avenue, ...)

Complément Adresse

49390

VERNOIL LE FOURRIER

France

Code postal

Ville

Pays



Paiement récurrent / répétitif



Paiement ponctuel / Unique

Débiteur

Veuillez compléter les champs marqués *

* Nom / Prénom du débiteur

!

* Adresse (rue, avenue, ...)

Complément Adresse

* Code postal

* Ville

France

* Pays

* Les coordonnées de votre compte IBAN. Numéro d'identification international du compte bancaire (International Bank Account Number)

* Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank identifier Code)

Si vous n'avez pas transmis votre RIB, merci de nous l'envoyer.

Signé à

Signature(s) :

Le

j j m m a a a a

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

à retourner à

**CCAS DE VERNAIL LE FOURRIER
RUE DE LA CHAMBARDELIERE**

49390 VERNAIL LE FOURRIER