

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Prélèvements effectués le 5 de chaque mois

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société **CMCAS AUDE/PYRENEES-ORIENTALES** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **CMCAS AUDE/PYRENEES-ORIENTALES**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse : (*) _____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA :

Nom : CMCAS Aude/Pyrénées-Orientales

Adresse : 18 Avenue du champ de Mars

Code postal : 11100

Ville : Narbonne

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*) :

A (*) :

Signature (*) :