


# Mandat de prélèvement SEPA

Vaut autorisation de prélèvement

<b>Mandat de prélèvement SEPA</b>	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) <b>COMITIE D'ENTREPRISE DE LA CAF92</b>			
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de <b>COMITIE D'ENTREPRISE DE LA CAF92</b>			
	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 :			
<b>Débiteur :</b>	<b>Créancier :</b>			
Votre Nom	Nom	<b>COMITE D'ENTREPRISE DE LA CAF92</b>		
Votre Adresse	Adresse	<b>70-88 RUE PAUL LESCOP</b>		
Code postal	Code postal	<b>92023</b>	Ville	<b>NANTERRE</b>
Pays	Pays	<b>France</b>		
IBAN	<input type="text"/>			
BIC	<input type="text"/>			
A :	Le :	<input type="text"/>		
<b>Signature :</b>		Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.		
<input type="text"/>		<b>Veillez compléter tous les champs du mandat.</b>		

Nombre d'échéances souhaitées :