

**Mandat de
prélèvement
SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **COMITE D'ENTREPRISE DE LA CAF92**

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **COMITE D'ENTREPRISE DE LA CAF92**

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 : _____

Débiteur :

Votre Nom _____

Votre Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Pays _____

Créancier :

Nom _____

Adresse _____

Code postal _____

92023

Ville _____

NANTERRE

Pays _____

France

IBAN

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC

<input type="text"/>											
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

A : _____

Le :

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Signature :

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

Veillez compléter tous les champs du mandat.

Indiquer le nombre d'échéance (10 maximum) : _____