MANDAT DE PRELEVEMENT

S€PA

Single Euro Payments Area

Référence unique du mandate

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (**NOM DU CREANCIER**) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (**NOM DU CREANCIER**). 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 remboursements 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.

CREANCIER

F R . . .

Identifiant du créancier

OGEC CHARLES DE FOUCAULD

Nom du créancier

1 rue JEANNOT

Adresse

54000 NANCY **FRANCE**

Code postal, Ville Pays

X Paiement récurrent / répétitif

DEBITEUR

Nom du créancier

Adresse

Code postal, Ville Pays

*Coordonnées de votre compte **IBAN** – Numéro d'identification international*

Signature

*Code international d'identification de votre banque **BIC***

Fait à .....

Le .....

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)

Nom du tiers débiteur

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

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.