

MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OGEC STE CROIX ST EUVERTE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OGEC STE CROIX ST EUVERTE.
 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.
 Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom	*		1
		Nom/ Prénoms du débiteur		
	*		2
		Numéro et nom de la rue		
Votre adresse	*	<input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	*	3
		Code Postal	Ville	
	*		4
		Pays		
Les coordonnées de votre compte	*	<input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		5
		Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)		
	*	<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		6
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)		
Nom du créancier	*	OGEC STE CROIX ST EUVERTE		7
		Nom du créancier		
	*	FR79ZZZ389692		8
		ICS (Identifiant de Créancier SEPA)		
	*	28 RUE DE L'ETELON		9
		Numéro et nom de la rue		
	*	<input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	*	10
		Code Postal	ORLEANS	
			Ville	
	*	FRANCE		11
		Pays		
Type de paiement	*	Paiement récurrent/répétitif <input checked="" type="checkbox"/>	Paiement Ponctuel <input type="checkbox"/>	12
Signé à	*	<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	13
		Lieu	Date: JJ/MM/AAAA	
Signature(s)		Veillez signer ici	<div style="border: 1px solid black; width: 500px; height: 40px; margin-left: 10px;"></div>	

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