

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un **RIB** et comportant **les mentions BIC – IBAN** à l'adresse suivante :

Comité d'Entreprise CE EPPDCSI
30 avenue Corentin Cariou
75930 PARIS CEDEX 19

1^{er} prélèvement

mois de

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA *joindre votre RIB*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société **CE EPPDCSI** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **CE EPPDCSI**.
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 :

FR76-1020-7001-2821-2172-3977-307

N° émetteur : 585 031

Nom : Comité d'Entreprise CE EPPDCSI

Adresse : 30 avenue Corentin CARIOU

75930 PARIS Cedex 19

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

(*) Le :

(*) A :

(*) *champs obligatoires*

(*) Signature :