

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat

Identifiant Créancier SEPA

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez l'EHPAD de GAYETTE à envoyer des instructions à votre banque et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'EHPAD de GAYETTE

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

FR71FSP592954

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom , Prénom :	Nom : EHPAD DE GAYETTE
Adresse :	Adresse : BP 8 MONTOLDRE
Code Postal :	Code Postal : 03 150
Ville :	Ville : VARENNES SUR ALLIER
Pays :	Pays : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE
DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement :	Paiement récurrent/répétitif <input type="checkbox"/>
	Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>

Signé à :

Signature :

--

Le :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ECHEANT) :

NOM DU TIERS DEBITEUR :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EHPAD DE GAYETTE - 03 150 MONTOLDRE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec l'EHPAD de GAYETTE.