

# MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) CGT CONSEIL GENERAL SEINE MARITIME à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CGT CONSEIL GENERAL SEINE MARITIME.

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.

Veuillez compléter les champs marqués \*.

Votre Nom	*		
		Nom/Prénoms du débiteur ou dénomination sociale	
Votre adresse	*		
	*	Numéro et nom de la rue	
	*	Code Postal	Ville
	*	FRANCE	
Les coordonnées de votre compte	*		
	*	Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	*	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	CGT CONSEIL GENERAL SEINE MARITIME	
	*	Nom du créancier ou dénomination sociale	
	*	FR09ZZZ615701	
	*	Identifiant du créancier	
	*	CONSEIL GENERAL HOTEL DU DEPARTEMENT CS56101 QUAI JEAN MOULIN	
	*	Numéro et nom de la rue	
	*	76101	* ROUEN CEDEX
	*	Code Postal	Ville
	*	FRANCE	
Type de paiement	récurrent/répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>		
Signé à	Lieu *	Date	

Signatures

Veuillez signer ici \*

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre CGT CONSEIL GENERAL SEINE MARITIME et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	
2	Code identifiant du tiers débiteur	1
	Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.	2
	Code identifiant du tiers créancier	
Contrat concerné		
2	Numéro d'identification du contrat	2

A retourner à :

Description du contrat

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier