

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'APST Loir-et-cher à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'APST Loir-et-cher. 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.

Référence unique du mandat (RUM) :

Créancier

Identifiant créancier SEPA (ICS)

F	R	2	9	Z	Z	Z	8	1	6	1	D	B
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nom du créancier

Adresse

Code postal et Ville

Pays

Débiteur

N° adhérent

Nom du débiteur

Nom du signataire

Fonction du signataire

Adresse

Code postal et Ville

Pays

N° de compte IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement : Récurrent

Fait à

le

Signature

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.