A COMPLETER SI VOTRE ENFANT FREQUENTE L'ACCUEIL DE LOISIRS

LES MERCREDIS ET DURANT LES VACANCES SCOLAIRES

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : FACTALFEN«.....»-01

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le CIAS du Pays de Saint-Gilles Croix de Vie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (.....) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CIAS du Pays de Saint-Gilles Croix de Vie.
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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 33 AFE 820A57

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : CIAS DU PAYS DE SAINT-GILLES CROIX DE VIE Adresse : ZAE LE SOLEIL LEVANT CS 63669 - GIVRAND Code postal : 85800 Ville : GIVRAND Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)
I B A N	( )

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y
Paiement ponctuel Y

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

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

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE 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 le CIAS du Pays de Saint-Gilles Croix de Vie. *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* le CIAS du Pays de Saint-Gilles Croix de Vie.