

# Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.

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 de Mandat (RUM)	
----------------------------------	--

Identifiant Créancier SEPA (ICS)	FR58ZZZ585622
----------------------------------	---------------

**Créancier :**

CCAS – 9 RUE DE BROCELIANDE – 22 230 MERDRIGNAC

**Débiteur :**

Votre nom :

Votre adresse (n° et nom de la rue) :

Code Postal :

Ville :

Pays :

IBAN (International Bank Account Number) **joindre votre RIB**

BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement : paiement récurrent/répétitif

A :

Le

Signature : nom – Prénom

*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.*

Document à retourner à :

CCAS 9 rue de Brocéliande – 22230 MERDRIGNAC – [accueil@ccas-gip-merdrignac.com](mailto:accueil@ccas-gip-merdrignac.com)