

# MANDAT de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'établissement C.E.C.A.M. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de C.E.C.A.M. sis à .

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

Votre nom : \_\_\_\_\_

Votre référence : \_\_\_\_\_

Votre adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN

Code international d'identification de votre banque - BIC

## Créancier :

Nom

C.E.C.A.M.

Identifiant ICS

FR31ZZZ431781

Adresse

**C. E. C. A. M.**

L.P. PRIVÉ

74490 SAINT-JEOIRE

## Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à (Lieu) : \_\_\_\_\_

le : \_\_\_\_\_

Signature(s)

**Merci de coller votre RIB à cet emplacement**