MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat
(Ne rien inscrire)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'OGEC ESCR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de l'OGEC ESCR sis à La Roche-sur-Foron.

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 débit 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 _____

Référence
(Ne rien inscrire) _____

Votre adresse

Numéro et nom de la rue _____

Code Postal _____

Ville _____

Pays _____

Coordonnées de votre compte

Numéro d'indetification international du compte bancaire - IBAN :

Code international d'identification de votre banque - BIC :

Créancier

Nom	OGEC ESCR
Identifiant ICS	FR38ZZZ462792
Numéro et nim de la rue	CS 90147
Code Postal	74805
Ville	LA ROCHE-SUR-FORON
Pays	France

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

Signé à (lieu) : _____ le :

Signature(s)

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