



# Mandat de prélèvement SEPA

Réf. mandat

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 suivant 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.

## INFORMATION DEBITEUR

TITULAIRE COMPTE

VOTRE ADRESSE

IBAN

BIC

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## INFORMATION CREANCIER

NOM

COMMUNE D ORLEIX

ICS

FR34ZZZ539397

ADRESSE

8 RUE DES PLATANES

65800 ORLEIX

Fait le \_\_\_\_\_  
Signature(s)

A \_\_\_\_\_

A retourner à \_\_\_\_\_