REMBTM – PLAN DE REMBOURSEMENT

A retourner complété et signé à la Caisse d'Allocations Familiales de la Drôme

BP.1029 - 26023 Valence Cedex 9

Numéro d'allocataire : | | | | | | | | **Clé :** | |

Mandat de prélèvement automatique sur compte bancaire

COMMENT REMPLIR CE DOCUMENT :

1 **Inscrivez vos nom, prénom et adresse**

2 **Inscrivez les coordonnées de votre compte**

3 **Datez et signez**

4 **JOINDRE UN RIB (si différent de celui que l'on a actuellement)**

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) La Caisse d'allocations Familiales de la Drôme à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de La caisse d'Allocations Familiales de la Drôme

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.

Référence unique du man 261

Identifiant créancier SEPA : FR96ZZZ008273

Débiteur :		Créancier :	
Votre Nom		Nom	Caisse d'Allocations Familiales de la Drôme
Votre Adresse		Adresse	10 Rue Marcel Barbu
Code postal	Ville	Code postal	26023 Ville VALENCE Cédex 9
Pays		Pays	

IBAN

BIC

Paiement : ☐ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

Tiers débiteur

Tiers créancier

A :

Le :

Signature :

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

Emplacement réservé à la Caf -
MANDAT SEPA

REMBTBM

PAGE 1/1

>00000006090900000000<