



Mandat de prélèvement



Référence Unique du Mandat : 871 Votre numéro de Sécurité Sociale* :

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

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.

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

***Mention obligatoire**

DEBITEUR

Votre nom* : Votre prénom* :

Votre adresse* :

Code postal* : Ville* : Pays* :

IBAN* :

BIC* :

CREANCIER

Nom : CAF DE LA HAUTE-VIENNE Identifiant Créancier SEPA : FR59ZZZ111856

Adresse : 25 rue Firmin Delage

Code postal : 87046 Ville : LIMOGES CEDEX 1 Pays : France

Type de paiement* : Récurrent / Mensualité proposée : € Ponctuel
Le prélèvement interviendra **obligatoirement** le 10 de chaque mois.

A* :

Signature* :

Le* :

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur (fournies seulement à titre indicatif)

Code identifiant du débiteur (1) :

Tiers débiteur (2) : Code identifiant :

Tiers créancier (3) : Code identifiant :

Contrat concerné : Numéro d'identification :

Description du contrat :

(1) Inscrivez ici tout ce que vous souhaitez voir restitué par votre banque.

(2) A compléter uniquement si votre paiement concerne un accord passé entre la Caf et un tiers, veuillez indiquer son nom ici.
Ex : vous payez la facture d'une autre personne.

(3) A compléter par le créancier, s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

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 suivant de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Document à retourner à :
CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
de la Haute-Vienne
25 rue Firmin Delage
87046 LIMOGES Cedex 1

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier