

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA



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

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.

Prélèvement mensuel de€.

Référence unique du mandat : 841 / Identifiant créancier SEPA : FR83ZZZ232092

Débiteur : Créancier : Caf de Vaucluse

Votre nom : Nom : Caf de Vaucluse

Votre adresse : Adresse : 6, rue St Charles

Code postal : Ville : Code postal : 84 049 Ville : AVIGNON Cedex 9

Pays : Pays : FRANCE

IBAN :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement : Ponctuel
 Récurrent / répétitif

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.

Veillez compléter tous les champs du mandat.