

Mandat de prélèvement SEPA

CAF 16 / CX-RAC
Pôle gestion des litiges
et des créances
N° tél. 0 810 25 16 10

Responsable dossier allocataire :

N° Allocataire :



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)

Caisse d'Allocations Familiales de la Charente



à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Caisse d'allocations Familiales de la Charente**

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 mandat : 161

Identifiant créancier SEPA : FR15ZZZ111775

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal

Ville

Pays

IBAN

BIC

Tiers débiteur

A :

Signature :

Créancier :

Nom

Adresse

Code postal

Pays

Paiement :

Tiers créancier

Le :

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.

Les données Tiers débiteurs et Tiers créancier sont à compléter si l'émetteur du prélèvement et/ou le débiteur interviennent pour compte d'un tiers :

- Tiers créancier : Nom du détenteur de la créance s'il est différent du créancier qui génère le prélèvement (qui agit pour compte de...),
- Tiers débiteur : Nom du débiteur final s'il est différent du titulaire du compte à prélever renseigné dans le mandat.

PRIERE DE **REmplir** CET IMPRIME ET DE L'**ADRESSER** A VOTRE
CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES EN Y **JOIGNANT OBLIGATOIREMENT**
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE