MANDAT de Prélèvement SEPA

CAF DE L'EURE

Référence Unique du Mandat : 2 7 1 _ _ _ _ _ _ _

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la **CAF DE L'EURE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **CAF DE L'EURE**

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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom * ……
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse * ……
Numéro et nom de la rue
……
……

* …… * ……
Code Postal Ville

* ……
Pays

Les coordonnées de votre compte
Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

*
Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier code)

Nom du créancier * **CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE L'EURE** … … … … … … … ……
Nom du créancier

I.C.S * **FR72ZZZ194557**……
Identifiant Créancier SEPA

* **11 ALLEE DES SOUPIRS CS82601**…… ……
Numéro et nom de la rue

* 27026 * **EVREUX CEDEX**
Code Postal Ville

* FRANCE…… ……
Pays

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Signé à * ……
Lieu

Date JJ MM AAAA

Signature(s) : * Veuillez signer ici

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

A retourner à : **CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES**
11 ALLEE DES SOUPIRS CS82601
27026 EVREUX CEDEX

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier