ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf du Gard

**Direction comptable et financière**
*RECOUVREMENT*

***Avis important :***
*Retournez cet imprimé à la Caf du Gard accompagné d'un relevé d'identité bancaire.*

**PREL**

*00000006096000000000*

# AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Vous devez compléter cet imprimé si vous souhaitez payer vos dettes par prélèvements automatiques. **Le montant mensuel que vous proposez ne devra pas entraîner une durée de remboursement supérieure à 24 mois et le montant minimum accepté est de 57€.**

*En cas de difficultés vous pouvez contacter le 32.30 (service gratuit + prix appel)*

Je soussigné(e) ..... autorise la Caf du Gard à prélever sur mon compte la somme mensuelle de .....€ , jusqu'à extinction de ma (ou mes) dette(s).

***A*** ..... ***le*** .....

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

**Référence Unique du Mandat :** 3 0 1 (Code) | (N°allocataire) | (Type) | (Fonction) | (N°Tiersi) | (Rang)

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

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 (Joindre un RIB) *
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 : CAF DU GARD
Identifiant Créancier SEPA : FR 33 ZZZ 123285
Numéro et nom de la rue : 321 Rue Maurice Schumann
Code Postal : 30922 Ville : NÎMES Cedex 9 Pays : FRANCE

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.*

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

A retourner à Caf du Gard : Service Recouvrement - 321 Rue Maurice Schumann - 30922 Nîmes cedex 9

caf.fr

*Caisse d'Allocations Familiales du Gard - 321 rue Maurice Schumann - 30922 NIMES CEDEX 9*
*Téléphone : 3230 Service gratuit + prix appel - Télécopie : 04.66.76.89.96*

MAJ 01-2025 - RE 36