MANDAT de Prélèvement SEPA
Reconnaissance de dette

Référence Unique du Mandat : 428.....

(Numéro allocataire sur 7 caractères)

(Prélèvement sur tiers : n° allocataire sur 7 caractères + nature P ou M + fonction + n° tiers sur 7 caractères + rang fonction sur 4 caractères)

ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf de la Loire

En signant ce formulaire de mandat :

Vous reconnaissez devoir la somme de …….. € à la Caf de la Loire.

Vous autorisez la Caf de la Loire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte autour du 15 du mois.

Vous autorisez votre banque à débiter votre compte par mensualités de …… € conformément aux instructions de la Caf de la Loire.

En cas de contestation, vous pourrez, par simple lettre, faire annuler le prélèvement automatique. Vous réglerez alors le différend directement avec le créancier.

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.

Joindre un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'épargne

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 LA LOIRE

I.C.S FR16ZZZ007676

CS12 722

42 027 SAINT ETIENNE CEDEX

FRANCE

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

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 de la LOIRE
CS12 722
42 027 SAINT ETIENNE CEDEX

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

00000006096000000000

21 20 A 26_PREL