



MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat : CAF 431+ N° allocataire + N° destinataire: _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Caisse d'Allocations familiales de la Haute Loire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Caisse d'Allocations familiales de la Haute Loire

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.

Veillez compléter les champs marqués*

Votre nom

* _____
Nom/prénom du débiteur

Votre adresse

* _____
Numéro et nom de la rue

* _____ * _____
Code postal Ville

* _____
Pays

Les coordonnées de votre banque

*
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 Haute Loire

Nom du créancier

I.C.S.

FR 29 ZZZ 237914

Identifiant créancier SEPA :

10 avenue André Soulier CS 50 322

Numéro et nom de la rue

43009

Code postal

LE PUY EN VELAY

Ville

France

Pays



Type de paiement:

* Paiement Récurrent/Répétitif Paiement ponctuel

Signé à

* _____
Lieu Date JJMMAAAA

Signature

* *Veillez 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.

Dans tous les cas vous devez joindre votre relevé d'identité bancaire postal ou de caisse d'épargne

A retourner à	CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA HAUTE LOIRE 10 avenue André Soulier CS 50322 43009 LE PUY EN VELAY CEDEX
----------------------	---