

# MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique de Mandat : FR 31ZZZ122157

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

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé » par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour le prélèvement autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués\*

Matricule allocataire	* .....
Votre nom	* .....
	Nom prénom du débiteur
Votre adresse	* .....
	Numéro et nom de la rue
	* ..... * .....
	Code postal Ville
Les coordonnées	* [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ]
	Numéro d'identifiant international de compte bancaire - IBAN
De votre compte	* [ ]
	Code international d'identification de votre banque – BIC
Nom du créancier	CAISSE ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA LOIRE ATLANTIQUE
	Nom du créancier
I.C.S	FR 31ZZZ122157
	Identifiant du créancier SEPA
	22 rue de Malville
	44937 Nantes Cédex 9
Type de paiement	* Paiement récurrent/répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>
Signé à	* ..... [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]
	Lieu Date JJ MM AAAA
Signature	* Veuillez signer ici

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

## Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du débiteur	* .....
Tiers débiteur pour	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
Le compte duquel le Paiement est effectué	* .....
	Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre la Caf et un tiers (exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
(si différent du débiteur lui-même	* .....
	Code identifiant du tiers débiteur
	* .....
	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
	* .....
	Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers
	* .....
	Code identifiant du contrat
Contrat concerné	* .....
	N° d'identification du contrat

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 prévues aux articles 38 et suivant de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.