

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat : 351 \_ \_ \_ \_ \_

N°allocataire

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

- la CAF du Pas-de-Calais à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CAF du Pas-de-Calais.

**Veillez à bien indiquer sur ce document votre numéro d'allocataire.**

Ce prélèvement sera effectué automatiquement sur votre compte bancaire ou postal, le 10 de chaque mois.

Vous voudrez bien retourner ce mandat daté, signé et accompagné du formulaire de reconnaissance de dette dûment complété et d'un relevé d'identité bancaire ou postal à l'adresse suivante :

**CAF du Pas-de-Calais  
Rue de Beaufort  
62015 ARRAS Cedex**

*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.*

## DEBITEUR

Nom – Prénom :  
Adresse :



## DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN : |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

BIC : |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

## CREANCIER

**Identifiant créancier SEPA : FR50ZZZ108138**

Nom : CAF du Pas-de-Calais  
Adresse : Rue de Beaufort – 62015 ARRAS cedex

## TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent/répétitif     Ponctuel

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature,