



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) La Caisse d'Allocations Familiales des Pyrénées Orientales
à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte
conformément aux instructions de La Caisse d'Allocations Familiales des Pyrénées Orientales
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.



Référence unique du mandat :	<u>661</u>	Identifiant créancier SEPA :	<u>FR17ZZZ 152188</u>
Débiteur :		Créancier :	
Votre Nom	_____	Nom	<u>Caisse d'Allocations Familiales des Pyrénées Orientales</u>
Votre Adresse	_____	Adresse	<u>112 rue Henri EY – Route de CANET</u>
Code postal	_____ Ville _____	Code postal	<u>66 019</u> Ville <u>PERPIGNAN Cedex 9</u>
Pays	_____	Pays	<u>FRANCE</u>
IBAN	<input type="text"/>	Paiement :	<input type="checkbox"/> Récurent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
BIC	<input type="text"/>	Tiers créancier	<u>CAF des PO</u>
Tiers débiteur	_____		
A :	_____	Le :	<input type="text"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Signature :</div>		Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.	

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

Les données Tiers débiteurs et Tiers créancier sont à compléter si l'émetteur du prélèvement et/ou le débiteur interviennent pour compte d'un tiers :

- Tiers créancier : Nom du détenteur de la créance s'il est différent du créancier qui génère le prélèvement (qui agit pour compte de...),
- Tiers débiteur : Nom du débiteur final s'il est différent du titulaire du compte à prélever renseigné dans le mandat.