SERVICE RECOUVREMENT

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **CAF DE LA SAVOIE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **CAF DE LA SAVOIE**

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 : **731 [ ]***

Identifiant créancier SEPA : **FR22ZZZ128333**

(: Num. allocataire)*

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

Pays
FRANCE

Créancier :

Nom **CAF DE LA SAVOIE**

Adresse **20 AVENUE JEAN JAURES**

Code postal **73022** Ville **CHAMBERY CEDEX**

IBAN

BIC

Paiement : [X] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

Tiers débiteur *

Tiers créancier *

A :

Le :

Signature :

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 débiteur* sont à compléter si le débiteur intervient pour compte d'un tiers c'est-à-dire si vous payez pour le compte d'un autre (votre père, votre mère, votre fils, votre fille, un ami…) :

-> Saisir dans *Tiers débiteur* le Nom de l'allocataire

Ce mandat doit être envoyé à l'adresse suivante :

CAF de la SAVOIE

20 AVENUE JEAN JAURES

73022 CHAMBERY CEDEX

La CAF se chargera d'informer votre organisme bancaire