

MANDAT de Prélèvement SEPA



Référence Unique de Mandat : 871

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Caf à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) 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 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.

Veillez compléter les champs marqués *

Votre Nom	*
		Nom / Prénoms du débiteur
Votre Adresse	*
		Numéro et nom de la rue
	*
	*	Code postal Ville
	*
	*	Pays
Les coordonnées de votre compte	*
		Numéro d'identification internationale de compte bancaire - IBAN (Internationale Bank Account Number)
	*
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier		CAF DE LA HAUTE VIENNE
		Nom du créancier
I.C.S		FR59ZZZ111856
		Identifiant du créancier SEPA
		25 Rue FIRMIN DELAGE
		Numéro et nom de la rue
		87046 LIMOGES CEDEX 1
		Code postal Ville
		Pays
Type de paiement	*	Paiement récurrent / Répétitif <input type="checkbox"/>
		Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>
Signé à	*
		Lieu
Signature	*	Veillez signer ici
		Date JJ MM AAAA

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
	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)
	Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre la Caf et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

	Code identifiant du tiers débiteur

	Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers

	Code identifiant du tiers créancier
Contrat concerné
	Numéro d'identification du contrat

	Description 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, des ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivant de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :
CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
de la Haute-Vienne
25, rue Firmin Delage
87046 LIMOGES Cedex

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier