Engagement de remboursement

N° allocataire : _____ **Date d'envoi :** _____

Nom Prénom :

Monsieur le Directeur,

Redevable(s) à la Caisse d'Allocations Familiales de la Seine-Saint-Denis,

☐ **Je m'engage (nous nous engageons) à rembourser par mandat de prélèvement SEPA**

(Imprimé à nous retourner complété, daté, signé et accompagné d'un **relevé d'identité bancaire en mentionnant l'adresse exacte de votre agence.**)
Dès l'enregistrement de la demande, les prélèvements seront effectués le 10 de chaque mois.

Nombre d'échéances : _____ Montant de l'échéance : _____ **€**

FRAUDES

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de manœuvres frauduleuses ou de fausses déclarations (art. 554.1 du code de la Sécurité Sociale).

L'organisme débiteur des prestations familiales peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (art. L. 583.3 du code de la Sécurité Sociale).

Je m'engage à signaler immédiatement à ma Caf tout changement intervenant dans ma situation.

Fait à _____ Le _____

Signature de Madame
accompagnée de la mention
"Lu et Appprouvé"

Signature de Monsieur
accompagnée de la mention
"Lu et Appprouvé"

Mandat de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) CAF DE LA SEINE-SAINT-DENIS 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 SEINE-SAINT-DENIS
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 : *(Cadre réservé à la CAF)*

Identifiant créancier SEPA : **FR88ZZZ394671**

Débiteur (titulaire du compte) :

Votre Nom _____
Votre Adresse _____
_____
_____
Code postal _____ Ville _____
Pays _____
IBAN
BIC

Créancier :

Nom Caf de la Seine-Saint-Denis
Adresse _____
_____
_____
Code postal 93 024 Ville BOBIGNY CEDEX
Pays France

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.

*** Nom du débiteur s'il est différent du titulaire du compte à prélever**