MANDAT de Prélèvement SEPA

C.E. C.P.A.M. VAL D'OISE
2, rue des Chauffours
95000 CERGY

Référence Unique du Mandat : ……………………………………………………………

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {*NOM DU CREANCIER*} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {*NOM DU CREANCIER*}.

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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom prénom * ……………………………………………………………………………………………

Votre adresse * …………………………… ……………………………………………………………………

Code Postal Ville * …………………………….. * ……………………………………………………………..

Pays *…………………………………………………………………………………………

Les coordonnées de votre compte * [ ] Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

* [ ] Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier code)

Nom du créancier * C.E.C.P.A.M. VAL D'OISE… …
Nom du créancier

I.C.S * FR39ZZZ641739…………………………………………………………………………………
Identifiant Créancier SEPA

* 2, rue des Chauffours………………………………………………………………………………
Numéro et nom de la rue

* 95000……………. * CERGY PONTOISE…………………………………
Code Postal Ville

* FRANCE……………………………………………………………………… …………………
Pays

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif [ ] Paiement ponctuel [ ]

Signé à * ………………………………… [ ] Date JJ MM AAAA
Lieu

Signature(s) : * Veuillez signer ici

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 {*NOM DU CREANCIER*} 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, de se s droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :
COMITE D'ENTREPRISE
DE LA CPAM VAL D'OISE
IMMEUBLE LES MARJOBERTS
2, rue des Chauffours
95000 CERGY PONTOISE

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier