Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Le Centre Social Indigo

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Centre Social Indigo

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 :

Identifiant créancier SEPA : FR 54 ZZZ 829C3A

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

Créancier :

Nom Centre Social indigo

Adresse 22 Rue Jules Verne
ST MACAIRE EN MAUGES

Code postal 49 450 **Ville** SEVREMOINE

Pays France

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

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.