

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

////////////////////



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez d'une part l'EHPAD Public Saint Laurent à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et d'autre part votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'EHPAD Public Saint Laurent. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.

IDENTITÉ DU DÉBITEUR

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal Ville

DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER

IBAN – Numéro d'identification internationale du compte bancaire

//////// //

BIC – Code international d'identification de votre banque

////////

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

CRÉANCIER

Nom EHPAD PUBLIC SAINT LAURENT

ICS FR76ZZZ662083

Adresse 12, Place de la Butte Saint Laurent – 53120 GORRON

Fait à Le

Signature

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 ses 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 EHPAD PUBLIC SAINT LAURENT
12, Place de la Butte Saint Laurent
53120 GORRON