MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SGC DE LA ROCHELLE – CDC DE L'ILE DE RE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de le SGC DE LA ROCHELLE – CDC DE L'ILE DE RE. 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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 96 ZZZ 675924

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : SGC DE LA ROCHELLE – CDC DE L'ILE DE RE Adresse : 2 avenue de Fétilly – BP 30187 Code postal : 17006 Ville : LA ROCHELLE CEDEX 1 Pays : France (FR)

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) | IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

I B A N | | |