



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Païement récurrent/répétitif

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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 et contesté.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

CREANCIER

FR 80 ZZZ 545844

Identifiant du créancier : ICS

Nom/Prénom : **DOMICILE SERVICES DE CÔTE D'OR**

Adresse : **60 L Avenue du 14 juillet**

Adresse :

21300 **CHENOVE** **FRANCE**

Code Postal Ville Pays

DEBITEUR

Veuillez compléter les champs marqués *

* Nom/Prénom : _____

* Adresse : _____

* Adresse : _____

_____ **FRANCE**

* Code Postal Ville * Pays

*Coordonnées de votre compte **IBAN** (numéro d'identification international de votre compte bancaire)

*Code international d'identification de votre banque : **BIC**

Signature (s) :

Fait à _____

Le _____

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 (1) _____ code identifiant du tiers débiteur _____
Nom du tiers créancier (2) _____ code identifiant du tiers créancier _____
- Contrat concerné :
Description du contrat _____ numéro d'identification du contrat _____

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

Référence unique du mandat : **RUM**

Numéro de dossier Colibri : _____

Créancier : code association OU code structure administrative