St Hil Enfance

Mandat de prélèvement SEPA

Référence Unique Mandat : RUM

(Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*)

_____

Adresse :(*)

_____

Code postal : (*) _____

Ville : (*)

_____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA : FR51ZZZ660729

Nom : ASS ST HIL ENFANCE

Adresse : 24 rue de l'Abreuvoir

Code postal : 44680

Ville : SAINT HILAIRE DE CHALEONS

Pays : FRANCE

Compte Crédité : CRAV Ste Pazanne

IBAN : FR76 1470 6000 1230 7353 73000 60
BIC: AGRIFRPP847

BIC (*)

IBAN (*)

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis nous adresser le tout.

Le (*)

A.....(*)

Signature (*) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez St Hil' Enfance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de St Hil Enfance.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.