



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

- Le CSAD-C (le créancier) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
 - Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CSAD-C (le créancier).
- 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 dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
Votre référence Unique de Mandat (RUM) vous sera communiquée ultérieurement par le CSAD-C.

Créancier

Identifiant créancier SEPA (ICS)
Nom du créancier : CSAD-C
Adresse (N° et rue) : Salle Omnisports - Route de Nonnes
Code : 86100 Ville : CHATELLERAULT
Pays : FRANCE

Débiteur

Votre nom :
Adresse complète :
Code postal : Ville :
Pays :
N° IBAN :
Code BIC :

Informations importantes

1. Remplir la partie débiteur
2. Remplir votre IBAN et BIC
3. Dater
4. Signer
5. Nous transmettre un RIB

Merci

Prélèvement effectué les 15 du mois, durée :
Pour un montant de :

Cet imprimé doit obligatoirement être accompagné d'un RIB / IBAN

Date (jour/mois/année) :

Signateur du débiteur :

Lieu :

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

(*) veuillez compléter les données obligatoire du mandat

(**) Obligatoire si hors Espace Economique Européen (EEE). Facultatif pour les opérations intrinsèques.

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 le client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.