MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence du mandat :

Créancier Régional du Crédit du Val-de-Loire
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Crédit Régional du Crédit du Val-de-Loire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Crédit Régional du Crédit du Val-de-Loire.

Vous bénéficiez de droits à ce qui concerne votre banque. Votre banque vous renseignera volontiers sur la procédure à suivre pour le faire. Vous pouvez demander le remboursement total ou partiel du prélèvement autorisé. Le remboursement total ou partiel doit être demandé dans les 8 semaines à compter de la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Signe du signataire : [illegible]

Nom du débiteur : [illegible]

Compte à débiter

IBAN [illegible]

Code BIC (Bic) [illegible]

Fait à : ..... le : .....

Le : ..... à : .....

Signature du débiteur du compte à débiter

[illegible]

[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]

[illegible]