MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat :

Nom du créancier * **CSE CPAM 93**
Nom du créancier

* **195 av. paul vaillant couturier**
Numéro et nom de la rue

* **93000** Code postal
* **Bobigny** Ville

* **FRANCE**
Pays

Identifiant du créancier * **FR03ZZZ449454**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ***CSE CPAM 93*** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ***CSE CPAM 93***.

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.

Votre Nom * .
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse * .
Numéro et nom de la rue

* . Code postal
* . Ville

* .
Pays

Les coordonnées de votre compte *
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

*
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif [X] Paiement ponctuel [ ]

Signé à * .
Lieu

le *
Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s) *

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