MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Centre Communal d'Action Sociale

Service Télé Assistance

***Compléter *impérativement tous les renseignements concernant les désignations du compte à débiter*.**

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le CCAS de la ville d'Antony à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CCAS de la ville d'Antony.
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.

*DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : **CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE** Adresse : **Place de l'Hôtel de Ville** **BP 60086** Code postal : **92160** Ville : **ANTONY** Pays : **FRANCE**

*DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) | IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Signé à :

Le :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le CCAS de la ville d'ANTONY En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec le CCAS de la ville d'ANTONY.

Les informations concernant les prélèvements seront communiquées sur les factures, après réception des factures vous aurez trois jours pour en suspendre les opérations.