

# Mandat de prélèvement SEPA



Réf. mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

## INFORMATION DEBITEUR

TITULAIRE COMPTE .....  
VOTRE ADRESSE .....  
IBAN                   
BIC

## INFORMATION CREANCIER

NOM FRANCAS ILLE ET VILAINÉ .....  
ICS FR47ZZZ85C15E .....  
ADRESSE 187 Rue de Chatillon B BP 40101 CEDEX2 .....  
35201 RENNES .....

Fait le ..... A .....

Signature(s) .....

A retourner à .....