

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (35 caractères maximum) : _____

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 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.

CREANCIER :

Identifiant du Créancier (ICS) : FR _____

Nom du créancier : INITIATIV'RETRAITE

Adresse (rue, ...) : 1 rue de la Croix de Mission

CP, Ville : 25660 SAONE

Paiement récurrent Paiement unique

DEBITEUR :

*Veillez compléter les champs marqués **

Nom et prénom du débiteur *

Adresse (rue...) *

CP - Ville * Pays : FRANCE

IBAN de votre compte*

Numéro d'identification international du compte bancaire (IBAN = International Bank Account Number)

BIC de votre compte *

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

Fait à *

Le *

Signature :

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

MERCI DE JOINDRE UN RIB (IBAN + BIC) POUR EVITER TOUT RISQUE DE MAUVAISE LECTURE DES CHIFFRES.