MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
Référence unique du mandat : FACTALLDV01	
Type de contrat :	
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le CIAS du Pays de Saint-Gilles Croix de Vie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et ( ) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CIAS du Pays de Saint-Gilles Croix de Vie.  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.	
Nom, prénom : Adresse :	Nom : CIAS DU PAYS DE SAINT GILLES CROIX DE VIE
Code postal :	Adresse : ZAE LE SOLEIL LEVANT CS 63669 - GIVRAND
Ville :	Code postal : 85800
Pays :	Ville : GIVRAND Pays : FRANCE
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)   IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)	
<u>Type de paiement</u> : Paiement récurrent/répétitif <b>Y</b> Paiement ponctuel <b>Y</b>	
Signé à :	Signature :
Le (JJ/MM/AAAA) :	
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 CIAS du Pays de Saint-Gilles Croix de Vie. 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 CIAS du Pays de Saint-Gilles Croix de Vie.