

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : FR26PEF4940480000000000000016572001

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **REGIE CENTRALISATRICE PETITE ENFANCE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **REGIE CENTRALISATRICE PETITE ENFANCE**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR26PEF494048

DESIGNATION TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : **REGIE CENTRALISATRICE PETITE ENFANCE**

Adresse : **9 Rue Pottier**

BP 150 LE CHESNAY

Code postal : **78150**

Ville : **LE CHESNAY-ROCQUENCOURT**

Pays : **FRANCE**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)



IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)



Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

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 REGIE CENTRALISATRICE PETITE ENFANCE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je règlerai le différend directement avec REGIE CENTRALISATRICE PETITE ENFANCE.