

# Mandat de prélèvement



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)

Nom du Créancier

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

Nom 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.



Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA :

FR 29 ZZZ 6387 18

## Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal

Ville

Pays

## Créancier :

Nom

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Caisse de Garantie contre les Intempéries Ouest Bretagne

22 avenue du Rouillen

29500

ERGUE GABERIC

France

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement :

Récurrent/Répétitif

Ponctuel

A :

Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

**Veillez compléter tous les champs du mandat.**