MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique de Mandat : 911

00000006096000000000 - PREL

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez A) la Caf à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Caf.
Vous bénéficiez d'un 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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom * .....
Nom / Prénoms du débiteur

Votre Adresse * .....
Numéro et nom de la rue

* ..... * .....
Code postal Ville

* .....
Pays

Les coordonnées de votre compte * ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊
Numéro d'identification international de compte bancaire – IBAN (Internationale Bank Account Number)

* ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier
CAISSE D ALLOCATIONS FAMILIALES ESSONNE
Nom du créancier

I.C.S
FR84ZZZ437423
Identifiant du créancier SEPA

TSA 21 131
Numéro et nom de la rue

91013 EVRY CEDEX
Code postal Ville

Pays

Type de paiement * Paiement récurent / Répétitif ⌊⌋ Paiement ponctuel ⌊⌋

Signé à * ..... ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊
Lieu Date JJ MM AAAA

Signature * *Veuillez signer ici*

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du débiteur .....
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement es effectué (si différent du débiteur lui-même) .....
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre la Caf et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

.....
Code identifiant du tiers débiteur

.....
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers

Contrat concerné .....
Code identifiant du tiers créancier

.....
Numéro d'identification du contrat

.....
Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivant de la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à : **CAF de l'Essonne**
TSA 21 131
91013 EVRY CEDEX

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier