

Mandat de prélevement

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

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

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.



Caisse de garantie
contre les Intempéries
Ouest-Bretagne

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA :

FR 29 ZZZ 6387 18

Débiteur :

Créancier :

Votre Nom

Nom Caisse de Garantie contre les Intempéries Ouest Bretagne

Votre Adresse

Adresse 22 avenue du Rouillen

Code postal

Code postal 29500

Ville ERGUE GABERIC

Pays

Pays 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.