



## **MANDAT de Prélèvement SEPA**

### **N° d'ICS : FR10ZZZ419840**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le CSE ADAPEI 35 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CSE ADAPEI 35.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

### **Veillez compléter les champs marqués\***

**Votre Nom Prénom\*** .....

**Votre adresse** \* .....

\* .....  
Code postal Ville

### **Les coordonnées de votre compte**

\* .....  
IBAN (International Bank Account Number) Numéro d'identification internationale bancaire ces données figurent sur votre RIB)

\* .....  
BIC (Bank Identifier code) Code international d'identification de votre banque

Nom du créancier CSE ADAPEI 35. ....  
FR76 1558 9351 2103 0481 8674 185 CMBRFR2BARK .....  
CS 66000 .....  
35091 RENNES Cedex 9 .....

Type de paiement \*Paiement récurrent / répétitif

Signé à \* .....  
Lieu Date

**Signature(s) :** \***Veillez signer ci-dessous**