MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Type de paiement : <u>**Ponctuel**</u>

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez L'**AMICALE DES RETRAITES DE LA BRED** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'**AMICALE DES RETRAITES DE LA BRED**. Vous bénéficiez du droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, ou sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.*

Nom du créancier : Amicale des retraités de la BRED
Numéro d'Identification SEPA (ICS) : FR10ZZZ80F1C4
Adresse du créancier : 18 quai de la Rapée – 75012 – PARIS – France

Nom et prénom du débiteur :

Adresse du débiteur :

Code postal : Ville : Pays :

Nom et prénom du titulaire du compte :

Si prélèvement sur un compte BRED de l'agence 9590

Banque : BRED BP

Adresse de la banque : 18 quai de La Rapée – 75012 – PARIS – France

Code BIC de la banque : BREDFRPPXXX

N° de compte IBAN à débiter :

Vous devez compléter cet IBAN pré-rempli avec votre numéro de compte (9 chiffres) et la clé (deux chiffres).

FR76 1010 7002 2800 _ _ _ 9 0 _ _ _ _ _ _ _

Numéro de compte **clé**

Si prélèvement sur un compte référencé dans les DOM ou dans une autre banque (<u>joindre un RIB</u>)

Banque :

Adresse de la banque :

Code Postal : Ville : Pays :

Code BIC de la banque :

N° de compte IBAN à débiter :

____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

Lieu	Date	Signature du débiteur