



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Type de paiement : **Récurrent**

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.

Informations sur le créancier :

Créancier : Amicale des retraités de la BRED
N° d'Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR10ZZZ80F1C4
Adresse du créancier : 18 quai de la Rapée - 75012 - PARIS - France

Informations sur le débiteur :

Nom / Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Nom de la banque du débiteur :

Adresse de la banque :

.....

Code BIC de la banque :

Compte IBAN du débiteur :

Joindre un Relevé d'Identité Bancaire.

Signature du mandat de prélèvement :

Lieu	Date du jour	Signature du débiteur