Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **LE SERVICE DE REMPLACEMENT MAINE ET LOIRE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et conformément aux instructions du **SERVICE DE REMPLACEMENT MAINE ET LOIRE**

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.

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : FR86ZZZ667665

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

Créancier :

Nom **SERVICE DE REMPLACEMENT MAINE ET LOIRE**

Adresse **14 Avenue Jean Joxé**

CS 80646

Code postal **49006** Ville **ANGERS Cedex 01**

Pays **FRANCE**

IBAN

BIC

Paiement : [x] 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.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.