

# MANDAT de Prélèvement SEPA



## Champs à renseigner par la Caf :

Nom du créancier Caf du Jura  
62 route de Lyon.....  
39207 Saint-Claude Cedex .....  
France.....  
ICS (Identifiant Créancier SEPA) **FR36ZZZ118672**

**Référence Unique du Mandat RUM :** 391\_ \_ \_ \_ \_ (réservé Caf du Jura)

**Référence(s) créance(s) à rembourser :** .....

## Champs à renseigner par le débiteur : Veuillez compléter les champs marqués par une \* **et accompagner cet imprimé d'un RIB**

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CAF DU JURA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CAF DU JURA.

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.

Votre Nom \* .....  
Nom / Prénoms du débiteur  
Votre adresse \* .....  
Numéro et nom de la rue  
\* ..... \* .....  
Code Postal Ville  
\* .....  
Pays

Les coordonnées de votre compte \* .....  
Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)  
\* .....  
Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier code)

Type de paiement \* : Paiement par mensualité  Montant de la mensualité: ..... €  
(cocher la case adaptée) Paiement unique  Montant du prélèvement : ..... €

Signé à \* ..... le : .....  
Lieu Date JJ MM AAAA

Signature(s) : \* Veuillez signer ici

**IMPORTANT : JOINDRE UN RIB**

## Champ à renseigner par le débiteur uniquement si le prélèvement concerne le remboursement d'une créance pour une autre personne. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué \* .....  
veuillez indiquer ici le nom et le numéro allocataire de la personne pour laquelle vous effectuez le paiement.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :

CAF DU JURA  
62, ROUTE DE LYON  
39207 SAINT-CLAUDE CEDEX

Cachet de la Caf :