

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat : **501** *

N° Allocataire

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **La Caisse d'Allocations Familiales de la Manche** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **Caisse d'Allocations Familiales de la Manche**.

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.

Veillez impérativement compléter les champs marqués *
et joindre un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou Caisse d'Épargne du compte à débiter
(livret A non autorisé)

Votre Nom *
Nom/Prénom du débiteur

Votre adresse *
Numéro et nom de la rue
* *
Code Postal Ville
*
Pays

Les coordonnées de votre compte à débiter *
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

* *
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier code) Nom de l'établissement teneur du compte à débiter

Nom du créancier **Caisse d'Allocations Familiales de la Manche**

Nom du créancier

I.C.S. **FR52ZZZ175129**

Identifiant Créancier SEPA

63 Boulevard Amiral Gauchet

Numéro et nom de la rue

50300 AVRANCHES

Code Postal Ville

FRANCE

Pays

Type de paiement : **Paiement récurrent / répétitif**

Paiement ponctuel

Signé à * le *

Lieu

Date JJ / MM / AAAA

Signature * Veuillez signer ci-dessous

A retourner à : Caisse d'Allocations Familiales de la Manche
63 Boulevard Amiral Gauchet
50306 AVRANCHES Cédex