Merci de joindre votre RIB

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez La CAF de la HAUTE-SAVOIE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de La CAF de la HAUTE-SAVOIE

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.

ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf de la Haute-Savoie

Référence unique du mandat : 741 Num. allocataire :

Identifiant créancier SEPA : FR17ZZZ104809

Débiteur :		Créancier :	
Votre Nom		Nom	CAF de la HAUTE-SAVOIE
Votre Adresse		Adresse	2 rue Emile Romanet
Code postal	Ville	Code postal	74987 Ville ANNECY CEDEX 9
Pays		Pays	FRANCE
IBAN			
BIC		Paiement :	X Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel
Tiers débiteur		Tiers créancier	
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.

Ce mandat doit être retourné à la Caf de la Haute-Savoie, dûment complété et accompagné impérativement d'un relevé d'identité bancaire

La CAF se chargera d'informer votre organisme bancaire

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

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

Emplacement réservé à la Caf

PREL
MAT 0000000 0 -
IDX L 6096000 B 741 -

0000006096000000000