MANDAT SEPA

Référence Unique du Mandat de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {*NOM DU CREANCIER*} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {*NOM DU CREANCIER*}.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée: 1)dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,2)sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé,

Veuillez compléter les champs marqués *

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)

Nom du créancier * **FDSEA 40 & JA 40**
Nom du créancier

I.C.S * FR45ZZZ534834
Identifiant Créancier SEPA

* MAISON DE L'AGRICULTURE
Numéro et nom de la rue

* 40000 Code Postal * MONT DE MARSAN

* F R A N C E
Pays

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif [X] Paiement ponctuel [ ]

Signé à * A LE

Signature(s) : * Veuillez signer ici

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 : **FDSEA 40** **MAISON DE L'AGRICULTURE BP 215** **40004 MONT DE MARSAN CEDEX**	**Zone réservée à l'usage exclusif du créancier**

MANDAT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {*NOM DU CREANCIER*} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {*NOM DU CREANCIER*}.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée: 1)dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,2)sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé,

Veuillez compléter les champs marqués *

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)

Nom du créancier * **LE SILLON**
Nom du créancier

I.C.S * FR45ZZZ534834
Identifiant Créancier SEPA

* MAISON DE L'AGRICULTURE
Numéro et nom de la rue

* 40000 * MONT DE MARSAN
Code Postal

* F R A N C E
Pays

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif [X] Paiement ponctuel [ ]

Signé à * A LE

Signature(s) : * Veuillez signer ici

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 : **FDSEA 40** **MAISON DE L'AGRICULTURE BP 215** **40004 MONT DE MARSAN CEDEX**	**Zone réservée à l'usage exclusif du créancier**