MANDAT SEPA

SIST 79
Service Interentreprises de Santé au Travail des Deux-Sèvres

MANDAT de Prélèvement SEPA

[ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ]

Référence unique du mandat

Case réservée au Sist79

N° ICS

FR 81 ZZZ 52 77 84

Identifiant Créancier Sepa

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **SIST 79 - Santé au travail** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **SIST 79**
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 :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé,

Veuillez compléter les champs marqués *****

Votre Nom * ……
Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse * ……
Numéro et nom de rue

* ……
2eme ligne adresse

* [ ][ ][ ][ ][ ] * ……
Code postal *Ville*

Les coordonnées de votre compte * [F][R][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ]
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 * **SIST 79 - Santé au travail**
* Service interentreprise de santé au travail des deux-sèvres
* 1 rue alfred Nobel
* [7][9][0][0][0] * **NIORT**
France

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

signé à * ……
Lieu

[ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]
Date : JJ/MM/AAAA

Je désire être informé de la mise en prélèvement de mes factures par email : _____@_____

Signatures(s) * Veuillez signer ici : ⟹

Joindre obligatoirement un RIB ! à votre envoi

Signature + cachet entreprise

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

A retourner à : SIST 79 - 1 rue alfred Nobel
BP 70192 - 79006 NIORT CEDEX

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier