


Référence unique du mandat	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	 <i>Vivre mieux !</i> ILLE-ET-VILAINE

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 :

- 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.

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

*Veillez compléter les champs marqués **

Votre Nom *	Nom / Prénoms du débiteur		
Votre adresse * Numéro et nom de la rue * <input type="text"/> *		
	Code Postal	Ville	
	* FRANCE		
	Pays		
Les coordonnées de votre compte *	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) * <input type="text"/>		
	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)		
Nom du créancier	FAMILLES RURALES 35 FR40ZZZ8082A6 Identifiant créancier SEPA (ICS)		
		77774966400036 SIRET	
	11 AVENUE DE BROCELIANDE <input type="text" value="35131"/> CHARTRES DE BRETAGNE FRANCE		
Type de Paiement *	Récurent		
Signé à *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Lieu		
	Date JJ MM AAAA		
Signature(s) *	Veuillez signer ici		

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