

Mandat de prélèvement SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE – 40 Rue des Oiseaux – 36400 LA CHATRE

Référence unique du mandat - RUM : (*Réservé au créancier*)

Débiteur

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Pays : _____

Désignation du compte à débiter

IBAN :

BIC :

Etablissement bancaire : _____

Titulaire du compte : _____

Type de paiement

Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel

Créancier

Nom : CH de La Châtre

ICS : FR67ZZZ851822

Adresse : 40 rue des oiseaux

36400 La CHATRE

Fait à :

Le :

Signature :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CH de La Châtre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CH de La Châtre.

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.

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 client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectifications tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.