En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez *RR ACCUEIL MULTISERVICES GROSLAY* à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de *RR ACCUEIL MULTISERVICES GROSLAY*.

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.

Désignation du titulaire du compte à débiter

# Mandat de prélèvement SEPA

## Référence unique du mandat :

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

### Désignation du créancier

Nom : RR ACCUEIL MULTISERVICES GROSLAY

Adresse : 21 RUE DU GAL LECLERC

Code postal : 95210

Ville : GROSLAY

Pays : FRANCE

Identification internationale (IBAN)

### identification internationale de la banque (BIC)

Désignation du compte à débiter

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I | B | A | N |  | F | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ( |  |  |  | ) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Signé à : Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

**Rappel :**

*En signant ce mandat j’autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par RR ACCUEIL MULTISERVICES GROSLAY. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l’exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec RR ACCUEIL MULTISERVICES GROSLAY*.

FR65ZZZ860879

### Identifiant créancier SEPA

(ICS)

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVé D’IDENTITé BANCAIRE** (au format IBAN BIC)

*En signant ce mandat j’autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements d’impôts ordonnés par la DGFIP. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l’exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la DGFIP*.

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même et le cas échéant ) :

Nom du tiers débiteur :

**Type de contrat** :

**Type de paiement** : Paiement récurrent/répétitif ****

 Paiement ponctuel ****

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’opposition, 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.