



# Mandat de prélèvement SEPA

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Croix-Rouge française à envoyer à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Croix-Rouge française.*

*Conformément aux nouvelles dispositions SEPA, 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.*

**Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR81 3000 2018 2700 0006 2105 E95**

**Nom de l'établissement CRF : CRF IRFSS NOUVELLE AQUITAINE BEGLES**

**Adresse (n° et rue) : 22 et 25 rue des terres neuves**

**Code postale et ville: 33 130 Bègles**

**Pays: France**

Créancier

Nom de l'élève.....

Nom du débiteur: .....

Adresse (n° et rue) :.....

Code postale et ville: .....

N° de compte IBAN : .....

N° de BIC : .....

Débiteur

Pour un prélèvement RECURRENT

**Fait à :**

**Signature :**

**Le**

*Je recevrai avant la date de mon premier prélèvement, un récapitulatif des informations relatives à ce prélèvement.*