

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) : FR11 ZZZ 152005

Nom de l'établissement CRf : IRFSS NOUVELLE AQUITAINE- SITE LIMOGES

Adresse (n° et rue) : 25 RUE SISMONDI

Code postale et ville:

8	7	0	0	0
---	---	---	---	---

 LIMOGES

Pays : FRANCE

Créancier

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.