



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) :

Nom de l'établissement CRF :

Adresse (n° et rue) :

Code postale et ville:

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 RÉCURRENT

Fait à :

Le :

Signature :