MANDAT DE PRÉLÉVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat (RUM)

	+	+	C	G	A	F					

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Le Centre de Gestion agréé CGAF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CGAF.
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.

NOM & ADRESSE POSTALE DU CREANCIER :

Centre de Gestion Agréé CGAF
ZA de Croas Ar Nezic
29 800 SAINT THONAN

Identifiant du Créancier (ICS)
FR12ZZZ415342

Les Coordonnées de votre compte

Pays

Numéro d'idendification international de compte bancaire IBAN (International Account Number)

Code international d'idendification de votre banque BIC (Bank Identifiant Code)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif ☒ **Paiement ponctuel** ☐

NOM & ADRESSE POSTALE DE L'ADHERENT(E): **N° ADHERENT(E) :**

.....

.....

.....

DATE :

Cachet et Signature de l'Adhérent(e) :

Prière de JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE SOUS FORMAT IBAN A VOTRE DEMANDE DE PRELEVEMENT. Toutes Modifications ultérieures concernant cette autorisation doivent être envoyées au CGAF à ST THONAN.