

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la RÉGION BRETAGNE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la RÉGION BRETAGNE.

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

FR16ZZZ82805F

Désignation du titulaire du compte à débiter

Nom, Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Pays _____

Désignation du créancier

REGION BRETAGNE CONSEIL REGIONAL

SIREN : 233500016

283 AV GAL GEORGES PATTON

35000 RENNES

Désignation du titulaire du compte à débiter

Identification internationale (IBAN)

Identification internationale de la banque (BIC)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

_____|_____|_____|(_____|)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à _____

Signature

Le (jj/mm/aaaa) _____

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 :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la RÉGION BRETAGNE. 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 RÉGION BRETAGNE.