

AUTORISATION DE PRELEVEMENT SEPA

Prélèvement récurrent

Identité du payeur, titulaire du compte :

☐ Mme ☐ M Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Pays :

Coordonnées bancaires - Désignation du compte à débiter

BIC | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ |

[illegible]

Désignation du créancier :

EHPAD TY LAOUEN

KERMUNITION

56590 GROIX

Identifiant créancier SEPA : FR13HEB589924

Date :

Signature :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'EHPAD DE GROIX à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'EHPAD DE GROIX.

☐ 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.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.