MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Child-Help France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Child-Help France. 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) : | F | R | 4 | 7 | Z | Z | Z | 8 | 1 | C | 0 | 5 | 0 |

Créancier

Nom du créancier : CHILD-HELP FRANCE
Adresse (N° et rue) : 1 boulevard Auguste Mariette
Code postal et ville : 62200 BOULOGNE SUR MER
Pays : FRANCE

Débiteur

Nom du débiteur : ……..
Adresse (N° et rue) : …… ……
Code postal et ville : …… ……..
Pays : ……
N° de compte IBAN : ……..
Code BIC : ……..
N° de contrat sous-jacent : ……

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

POUR UN PRÉLÈVEMENT MENSUEL, soit : …… €, débit : ☐ le 5 de chaque mois
☐ le 15 de chaque mois

Signature :

Date (jour/mois/année)
…… /…… /……

Lieu
……..

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.