

MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OGEC ST LAURENT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OGEC ST LAURENT.
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.
Veuillez completer les champs marqués *

Votre Nom	*													
Nom/ Prénoms du débiteur														
*														
*	Numéro et nom de la rue													
Votre adresse	*	[] [] []				*								
		Code Postal					Ville							
*														
	Pays													
Les coordonnées de votre compte	*	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []			
	Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)													
*	[] [] [] [] [] []													
	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)													
Nom du créancier	*	OGEC ST LAURENT												
	Nom du créancier													
*	FR10ZZZ611609													
	ICS (Identifiant de Créditeur SEPA)													
*	4 RUE ALBERT LEJEUNE ORLEANS													
	Numéro et nom de la rue													
*	4	5	0	0	0	*	ORLEANS							
	Code Postal				Ville									
*	FRANCE													
	Pays													
Type de paiement	*	Paiement récurrent/répétitif				<input checked="" type="checkbox"/>	Paiement Ponctuel				<input type="checkbox"/>			
Signé à	*	[] [] [] [] [] []												
	Lieu	Date: JJ/MM/AAAA												
Veuillez signer ici														
Signature(s)														

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