

## MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OGEK ST LAURENT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OGEK 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 compléter les champs marqués \*

Votre Nom

\* .....  
Nom/ Prénoms du débiteur

Votre adresse

\* .....  
Numéro et nom de la rue

\* ..... \* .....  
Code Postal Ville

Les coordonnées  
de votre compte

\* .....  
Pays

\* .....  
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

\* OGEK ST LAURENT  
Nom du créancier

\* FR10ZZZ611609  
ICS (Identifiant de Créancier 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 ☒ Paiement Ponctuel ☐

Signé à

\* .....  
Lieu Date: JJ/MM/AAAA

Signature(s)

Veuillez signer ici

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

A retourner par courrier à :  
OGEK ST LAURENT  
4 RUE ALBERT LEJEUNE ORLEANS 45000 ORLEANS

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier