

**MANDAT de Prélèvement SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez 197 -OGEC SAINT LOUIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de 197 -OGEC SAINT LOUIS.  
 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 \*

<b>Votre Nom</b>	*	.....	1
		Nom/ Prénoms du débiteur	
	*	.....	2
		Numéro et nom de la rue	
<b>Votre adresse</b>	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	3
		Code Postal	
	*	.....	4
		Pays	
<b>Les coordonnées de votre compte</b>	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	5
		Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	6
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
<b>Nom du créancier</b>	*	197 -OGEC SAINT LOUIS	7
		Nom du créancier	
	*	FR57ZZZ417054	8
		ICS (Identifiant de Créancier SEPA)	
	*	0 3, PLACE DU CHÂTEAU CS 80360	9
		Numéro et nom de la rue	
	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	10
		Code Postal	
	*	MONTARGIS CEDEX	10
		Ville	
	*	FRANCE	11
		Pays	

<b>Type de paiement</b>	*	<b>Paiement récurrent/répétitif</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Paiement Ponctuel</b> <input type="checkbox"/>	12
<b>Signé à</b>	*	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	13
		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.