

BPCE Mutuelle
7 rue Léon Patoux
CS 51032
51686 REIMS CEDEX 2

Mandat de Prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez BPCE Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, conformément aux instructions de BPCE Mutuelle.
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.

Identification du créancier BPCE Mutuelle (I.C.S) : FR32ZZZ139696

Référence Unique du Mandat (R.U.M) : Elle vous sera notifiée par BPCE Mutuelle après enregistrement de vos coordonnées bancaires

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Pays : _____

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN – Numéro d'Identification international du compte bancaire

BIC – Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent

Fait à : _____ Signature : _____

Le : ____ / ____ / ____

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

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.