	Mandat de Prélèvement SEPA Référence unique du mandat (cadre réservé à l'OGEC)	**OGEC SAINT VINCENT DE PAUL** 9 bis rue du Séminaire 13200 ARLES

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (a) l'OGEC SAINT VINCENT DE PAUL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (b) votre banque à débiter votre compter conformément aux instructions de l'OGEC SAINT VINCENT DE PAUL.
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, prénom * 1
Nom/prénoms du débiteur

Votre adresse et contacts * 2
Numéro et nom de la rue

* ☐☐☐☐☐ Code postal * ..... 3 Ville

Adresse email * 4

Téléphone * 5

Pays

Les coordonnées * ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐ 6
de votre compte Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 7
Code international d'identification de votre banque- BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier * .....OGEC SAINT VINCENT DE PAUL..... 8
Nom du créancier

* ……FR62ZZZ652868 9
Identifiant du créancier

* …9 BIS RUE DU SEMINAIRE..... 10
Numéro et nom de la rue

* 13200 Code postal * …ARLES ..... 11 Ville

* …FRANCE..... 12
Pays

Type de paiement * Paiement récurrent/répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐ 13

Signé à * ..... ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ 14
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