

MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OGEC SFDA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OGEC SFDA.
 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	*	1										
		Nom/ Prénoms du débiteur											
	*	2										
		Numéro et nom de la rue											
Votre adresse	*	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						3					
		Code Postal											
	*	4										
		Ville											
	*	5										
		Pays											
Les coordonnées de votre compte	*	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											6
		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 SFDA	8										
		Nom du créancier											
	*	FR85ZZZ363006	9										
		ICS (Identifiant de Créancier SEPA)											
	*	1 RUE HORIZON VERT CS40601	10										
		Numéro et nom de la rue											
	*	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20px; height: 20px; text-align:center;">3</td> <td style="width:20px; height: 20px; text-align:center;">7</td> <td style="width:20px; height: 20px; text-align:center;">1</td> <td style="width:20px; height: 20px; text-align:center;">7</td> <td style="width:20px; height: 20px; text-align:center;">0</td> </tr> </table>	3	7	1	7	0	11					
3	7	1	7	0									
		Code Postal											
	*	CHAMBRAY LES TOURS	12										
		Ville											
	*	FRANCE	13										
		Pays											
Type de paiement	*	Paiement récurrent/répétitif <input checked="" type="checkbox"/>											
		Paiement Ponctuel <input type="checkbox"/>											
Signé à	*	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> <td style="width:20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
		Lieu											
		Date:JJ/MM/AAAA											
Signature(s)		<p align="center">Veillez signer ici</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>											

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 :
 OGEC SFDA
 1 RUE HORIZON VERT CS40601 37170 CHAMBRAY LES TOURS

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier