



Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat :

(Renseignez ici les 5 derniers caractères numériques de votre matricule)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Comité Social et Economique du CAFC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Comité Economique et Social du CAFC.

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.

Identifiant du Créancier (ICS) : FR 62 ZZZ 393 199

Nom du Créancier : Comité Economique et Social CAFC

Adresse : 11 Avenue Elisée Cusenier

CP Ville 25084 BESANCON Cedex 9

Paiement récurrent

Débiteur :

Nom

Prénom

Adresse

CP **Ville**

IBAN de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire (IBAN : international Bank Account Number)

BIC AGRIFRPP825 BIC de votre compte si compte hors CAFC _____

Fait à :

Le :

Signature :

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