

SDC :
SYNDIC :

Référence unique du mandat	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la CAISSE D'EPARGNE ILE-DE-FRANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CAISSE D'EPARGNE ILE-DE-FRANCE. 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.

Veillez compléter les champs marqués*

Votre Nom⁽¹⁾ Nom / Prénoms	*	.....	1
Votre adresse Numéro et nom de la rue	*	.....	2
	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *	3
		Code Postal Ville	
	*	.....	4
		Pays	
Les coordonnées de votre compte	*	<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"/> <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)	
Nom du créancier		CE ILE DE FRANCE	7
		Nom du créancier	
ICS		FR64ZZ388992	8
		Identifiant créancier SEPA	
		19 RUE DU LOUVRE	9
		Numéro et nom de la rue	
		75001 Paris	10
		Code Postal Ville	
		FRANCE	11
		Pays	
Type de paiement		Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	12
Signé à⁽²⁾	*	Lieu	13
		* Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Signature(s)	*	.....
		Veillez signer ici	
		<div style="border: 1px solid red; height: 40px; width: 100%;"></div>	

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.	
Code identifiant du débiteur	..... 14
	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué si différent du débiteur lui-même)	XXXXXXXXXX 15
	Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre la CAISSE D'EPARGNE ILE DE FRANCE et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
	XXXXXXXXXX 16
	Code identifiant du tiers débiteur
	XXXXXXXXXX 17
	Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.
	XXXXXXXXXX 18
	Code identifiant du tiers créancier
Contrat concerné	..... 19
	Numéro d'identification du contrat
	..... 20
	Description du contrat

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

1 : La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères

2 : Cette ligne a une longueur maximale de 35 caractères