

Mandat de Prélèvement SEPA

Créancier :



Centre Interrégional de Gestion Agréé
C.I.G.A
4 Boulevard Georges Pompidou
BP 26060
14066 CAEN CEDEX 4

Identifiant du Créancier (ICS) : **FR53ZZZ483959**

N° Adhérent (RUM):

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Centre Interrégional de Gestion Agréé à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Centre Interrégional de Gestion Agréé.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute 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 éléments ci-dessous :

Votre Nom, Prénom :

Votre adresse :

.....

Ville et Code postal :

BIC de votre banque : ¹

Votre N° de compte-IBAN
(joindre un RIB)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Le (date) : A (lieu):.....

Signature :

Vos droits concernant le présent mandat 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.

¹ Facultatif à partir du 1^{er} février 2014 uniquement pour les opérations nationales et facultatif à partir du 1^{er} février 2016 pour les opérations transfrontalières intra Union Européenne (UE) et M si hors de l'UE.