MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Conseil Départemental de l'Ordre des médecins

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) *le* ***Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins*** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du ***Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.*** 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

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom *.....

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *.....

Numéro et nom de la rue

* [ ][ ][ ][ ][ ] * .....

Code Postal Ville

Pays

Les coordonnées de votre compte

[ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ]

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

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

Nom du créancier **Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins**

Nom du créancier

Identifiant créancier SEPA : **FR02ZZZ459366**

105 boulevard Péreire - 75017 PARIS

Pays : **FRANCE**

Type de Paiement * Paiement récurrent / répétitif ☒

Signé à *..... J J M M A A A A

Lieu Date

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur *.....

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)

Nom du tiers débiteur: si votre paiement concerne un accord passé entre *(NOM DU CREANCIER)* 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.

*.....

Code identifiant du tiers débiteur

*.....

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

.....

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné .....

Numéro d'identification du contrat

.....

Description du contrat

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.

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
ORDRE DES MEDECINS CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA VILLE DE PARIS 105 BOULEVARD PEREIRE -75017 PARIS	