



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

<p>Mandat de prélèvement SEPA</p>  <p><small>Single Euro Payments Area</small></p>	<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez La Confédération Générale des Scop à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de La Confédération Générale des Scop.</p> <p>Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.</p>	
--	--	---

Référence unique du mandat (RUM) – Cadre réservé CGSCOP

UR –CGS– – – –

<p>Débiteur :</p> <p>Nom _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Code postal _____ Ville _____</p> <p>Pays _____</p>	<p>Identifiant créancier SEPA : FR78ZZZ298239</p> <p>Créancier :</p> <p>Nom <u>CONFEDERATION GENERALE DES SCOP</u></p> <p>Adresse <u>30, rue des Epinettes</u></p> <p>Code postal <u>75017</u> Ville <u>PARIS</u></p> <p>Pays <u>FRANCE</u></p>
---	--

IBAN

BIC

Paiement Récurrent / Répétitif Ponctuel

A : _____ Le : _____

Signature

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

Veillez compléter tous les champs du mandat

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (Au format IBAN BIC)