

--	--	--	--	--

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire, vous autorisez le SGLCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SGLCE.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement 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.

## CRÉANCIER

### **Prélèvement le 10 de chaque mois**

*(sauf si jour férié ou week-end : alors report à J+1 ou J+2)*

Identifiant du créancier : **FR 1 2 Z Z Z 4 6 6 9 4 6**

Nom : **SGLCE**

Adresse : BAL n° 9 - 94 boulevard Auguste Blanqui – 75013 PARIS – France

## ADHÉRENT (DÉBITEUR)

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

IBAN *n° compte bancaire international* : FR .....

FR + 25 caractères

Code BIC : .....

Nom + **adresse** de l'agence bancaire : .....

.....

**Joindre 1 RIB SVP**

Signé à ..... le / / 201\_\_

Signature

**Note** : vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque