



CAVAMAC

# Mandat de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat - zone exclusivement réservée à la CAVAMAC

En signant et en remplissant intégralement ce formulaire de mandat, vous autorisez CAVAMAC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CAVAMAC.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre n° d'INSEE  
(Sécurité sociale)

Votre référence

Votre nom

.....  
Nom/Prénoms du débiteur

Votre adresse

.....  
Numéro et nom de la rue

Code Postal

.....  
Ville

.....  
Pays

Vos coordonnées  
bancaires

Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

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

Nom du créancier

**CAVAMAC**

ICS : FR47ZZZ447595

30, rue Olivier Noyer

CS N° 51432

75676 Paris cedex 14 - France

Prélèvement mensuel

Prélèvement unique

Type de paiement

Récurrent/Répétitif

Signé à

.....

Lieu

Le :

Date : JJ/MM/AAAA

.....  
Veuillez signer ici

A retourner, impérativement accompagné d'un relevé d'identité bancaire IBAN, en ayant renseigné la périodicité de prélèvement à :

CAVAMAC  
30, rue Olivier Noyer  
CS N° 51432  
75676 Paris cedex 14