Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Pôle Santé Travail Loir-et-cher à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Pôle Santé Travail Loir-et-cher. 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.**

Référence unique du mandat (RUM) :

Créancier

Identifiant créancier SEPA (ICS)	F R 2 9 Z Z Z 8 1 6 1 D B
Nom du créancier	Pôle Santé Travail Loir-et-Cher
Adresse	6 B rue du Professeur Philippe Maupas
Code postal et Ville	41260 LA CHAUSSEE SAINT VICTOR
Pays	FRANCE

Débiteur

N° adhérent	
Nom du débiteur	
Nom du signataire	
Fonction du signataire	
Adresse	
Code postal et Ville	
Pays	
N° de compte IBAN	
Code BIC	

Paiement : Récurrent

Fait à

le

Signature

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.

Pôle Santé Travail Loir-et-Cher - Service Administratif & Financier - 6 B rue du Professeur Philippe Maupas
41260 LA CHAUSSEE SAINT VICTOR - Téléphone : 02.54.52.41.41 - Email : comptabilite@pst41.fr