

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la STGA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la STGA.

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.

*Veillez compléter les champs marqués **

Votre Nom : *
 Nom / Prénoms du titulaire du compte bancaire

Votre adresse : *
 Numéro et nom de la rue

* * *
 Code Postal Ville Pays

Date de naissance : JJ/MM/AAAA

Les coordonnées de votre compte : * **F R**
 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 : *
 Nom du créancier

*
 Identifiant du créancier (ICS)

*
 Numéro et nom de la rue

* *
 Code Postal Ville

*
 Pays

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif : Paiement ponctuel :

Signé à *
 Lieu Date : JJ/MM/AAAA

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.