



Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) La Croisée des Chemins à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de La Croisée des Chemins.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

Référence unique du mandat (RUM) : _____	Identifiant créancier SEPA (ICS) : FR69ZZZ541774
Débiteur :	Créancier :
Votre nom _____	Nom LA CROISEE DES CHEMINS
Votre adresse _____	Adresse 18 RUE SAINT-MARC
Code Postal _____ Ville _____	Code postal 67000 Ville STRASBOURG
Pays _____	Pays FRANCE

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent 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 et nous le retourner signé, accompagné d'un RIB, à l'adresse suivante : LA CROISEE DES CHEMINS – 18 RUE SAINT-MARC 67000 STRASBOURG