Groupe Hospitalier
Artois-Ternois
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

Annexe 2

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Centre Hospitalier d'Arras à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Centre Hospitalier d'Arras.
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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR75ZZZ8575FA

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

Adresse :

57, Avenue Winston Churchill

CS 90006

62022

ARRAS CEDEX

FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

INDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

INDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

|_|_|_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Type de paiement : - Paiement récurrent / répétitif

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) : _____/_____/_____

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le Centre Hospitalier d'Arras. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec le Centre Hospitalier d'Arras.