

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter, à dater et signer, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN.

**Merci de le remettre au secrétariat de la Maison de retraite Union Chrétienne.**

date de prélèvement (\*):

10 du mois

### Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Maison de retraite Union Chrétienne à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte.

**Référence Unique Mandat : RUM** (Réservé au créancier)

### Paielement :

#### Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (\*) \_\_\_\_\_

Adresse : (\*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : (\*) \_\_\_\_\_

Ville : (\*) \_\_\_\_\_

Pays : FRANCE

#### Identifiant Créancier SEPA :

Nom: EHPAD Union Chrétienne

Adresse : 7 rue Cavoleau

Code postal : 85200

Ville : FONTENAY LE COMTE

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

**Veuillez compléter tous les champs (\*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier**

Le (\*) :

A (\*) : .....

Signature (\*) :

*Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.  
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*