

AUTORISATION DE PAIEMENT SUR PRELEVEMENT SEPA

Titulaire du compte :	
Numéro client :	
Je vous demande de bien vouloir enregistrer l'autorisation de paiement de prélèvement SEPA sur le compte dont les coordonnées figurent ci-dessus :	
AUTORISATION DE PAIEMENT DE PRELEVEMENT SEPA	
Référence créancier Référence mandat	:
Emis par**	1 (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4)
Date début de validité Date fin de validité	:/ou
Moyen de paiement	: Prélèvement SEPA
Cette autorisation est valable pour la durée indiquée ci-dessus.	
Tout prélèvement SEPA ne remplissant pas les caractéristiques ci-dessus sera rejeté excepté si d'autres autorisations de Paiement de prélèvement SEPA valides permettent le paiement.	
Cette autorisation s'ajoute à celles déjà éventuellement enregistrées par la banque pour le titulaire du compte.	
Le titulaire du compte ne sera pas informé en cas de rejet d'un prélèvement en vertu de l'autorisation qu'il a mise en place.	
Le titulaire du compte assume l'entière responsabilité de la mise en place d'une autorisation de paiement vis-à-vis du créancier en cas de rejet des prélèvements SEPA. Je réglerai le différend directement avec le créancier.	
* si aucune référence de mandat n'est renseignée, l'autorisation portera sur tous les prélèvements SEPA émis par le créancier sur le compte du titulaire, quelle que soit la référence de mandat utilisée ; si une référence de mandat est renseignée, l'autorisation portera sur les prélèvements SEPA émis par le créancier sur le compte du titulaire avec cette référence de mandat	
**ceci n'est pas un critère de contrôle, il s'agit d'une donnée à titre d'information sur le nom du créancier	
	à le

JOINDRE UN R.I.B-MERCI

Signature du (ou de l'un des titulaires) du compte, précédée des nom, prénom (1)
(1) de son représentant en cas de titulaire mineur, ou incapable

ou du représentant légal en cas de personne morale

Les informations personnelles recueillies ci-dessus sont nécessaires et obligatoires au traitement de votre demande. Elles sont couvertes par le secret professionnel auquel nous sommes tenus et ne seront pas communiquées à des tiers sauf accord préalable de votre part ou si la loi nous y oblige, notamment vis-à-vis des autorités administratives ou judiciaires habilitées. Conformément à la loi, vous pouvez accéder à tout moment, aux informations vous concernant, les faire rectifier ou vous opposer à leur communication à des tiers en écrivant à l'adresse mentionnée ci-dessous.

> 22, rue du Pré Fornet CS 70042 - F - 74602 SEYNOD CEDEX - Tél.: 04.50.45.82.56 Fax: 04.50.45.63.31 - @: lidal74@lidal74.fr