

		MANDAT de Prélèvement SEPA Référence unique du mandat		 Les Monts du Matin MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE		
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (<i>NOM DU CRÉANCIER</i>) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (<i>NOM DU CRÉANCIER</i>). 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. <i>Veillez compléter les champs marqués *</i>						
Votre Nom		*			1	
			Nom / Prénoms du débiteur			
Votre adresse		*			2	
			Numéro et nom de la rue			
		*		*		3
			Code Postal		Ville	
		*			4	
			Pays			
Les coordonnées de votre compte		*				

(1) Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères