

Référence unique
du mandat

MANDAT de Prélèvement SEPA



....._cot_araplcotedazur

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'ARAPL Côte d'Azur à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ARAPL Côte d'Azur.

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,

Veillez compléter "en majuscules" les champs marqués *

1	Votre Nom *	.....	1
		Nom / Prénoms du débiteur		
2	Votre adresse *	.....	2
		Numéro et nom de la rue		
3	*	.....	3
		Code postal	Ville	
4	*	.....	4
		Pays		
5	Les coordonnées De votre compte *	.....	5
		Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)		
6	*	.....	6
		Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank identifier code)		
7	Nom du créancier *	ARAPL Côte d'Azur	7	
		Nom du créancier		
8	I.C.S. *	FR25AGA488343	8	
		Identifiant Créancier SEPA		
9	*	22 AVENUE GEORGES CLEMENCEAU	9	
		Numéro et nom de la rue		
10	*	06000	* NICE	10
		Code postal	Ville	
11	*	FRANCE		11
		Pays		
12	Type de paiement *	Paiement récurrent / répétitif		12
13	Signé à *	.....	13
		Lieu	date	
	Signature(s) *	Veillez signer ici		

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif.

14	Code identifiant du débiteur	14
		Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
15	Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du Débiteur lui-même)	15
		Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre l'ARAPL Côte d'Azur et un tiers (par exemple, vous payer la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
		Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
16	.....	16
17	.....	17
		Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.
18	.....	18
		Code identifiant du tiers créancier
19	Contrat concerné	19
		Numéro d'identification du contrat
20	.....	20
		Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à : ARAPL Côte d'Azur
CS 51573
06010 NICE CEDEX 1

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier