

**MANDAT de Prélèvement SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OGEC ST LAURENT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OGEC ST LAURENT.  
 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.  
 Veuillez compléter les champs marqués \*

**Votre Nom** \* .....  
 Nom/ Prénoms du débiteur

**Votre adresse** \* .....  
 Numéro et nom de la rue

\* ..... \* .....  
 Code Postal Ville

**Les coordonnées de votre compte** \* .....  
 Pays

\* .....  
 Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

\* .....  
 Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

**Nom du créancier** \* OGEC ST LAURENT  
 Nom du créancier

\* FR10ZZZ611609  
 ICS (Identifiant de Créancier SEPA)

\* 4 RUE ALBERT LEJEUNE ORLEANS  
 Numéro et nom de la rue

\* 4 5 0 0 0 \* ORLEANS  
 Code Postal Ville

\* FRANCE  
 Pays

**Type de paiement** \* Paiement récurrent/répétitif  Paiement Ponctuel

**Signé à** \* .....  
 Lieu Date: JJ/MM/AAAA

**Signature(s)** \*  
 Veuillez signer ici

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

A retourner par courrier à :  
 OGEC ST LAURENT  
 4 RUE ALBERT LEJEUNE ORLEANS 45000 ORLEANS

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier