

Domiciliation SEPA
SEPA-Lastschrift
SEPA Domiciliation

Réf. du mandat/Mandatsreferenz/Mandate Identification :

Nom/Name/Surname :

Prénom/Vorname/First name : _____

Adresse/Straße/Address :

Code Postal/Postleitzahl/Post code :

Ville/Ort/City : _____

Pays/Land/Country : _____

IBAN

BIC/SWIFT | | | | | | | | | | | |

Encaissement/Einzug/Credit ☐ Récurrent/Wiederkehrend/Recurrent ☐ Unique/Einmalig/Unique

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Caisse Générale de Prévoyance Mutualiste à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la Caisse Générale de Prévoyance Mutualiste.

Ich ermächtige die Caisse
Générale de Prévoyance
Mutualiste Zahlungen von
meinem Konto mittels
Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein
Kreditinstitut an, die von der
Caisse Générale de
Prévoyance Mutualiste auf
mein Konto gezogenen
Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, I authorize the Caisse Générale de Prévoyance Mutualiste to send instructions to your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Caisse Générale de Prévoyance Mutualiste.

Remarque :

Vous bénéficiez d'un droit à un remboursement dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Hinweis:

Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Note:

As part of your rights, you are entitled to a refund within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Fait à/Ausgestellt in/Made in : _____

le/den/the :

Signature/Unterschrift/Signature

--	--