MANDAT de Prélèvement SEPA

LA POSTE

Référence Unique du Mandat (RUM)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Poste Direction du Réseau à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions La Poste Direction du Réseau.
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 d'une astérisque (*)

CREANCIER (zone à compléter par une entité du Groupe La Poste)

La Poste — Nom du créancier

Direction du Réseau — Direction

FR93ELP111341

Identifiant du créancier (ICS)

CLIENT DEBITEUR

Votre nom * Nom / Prénom ou raison sociale

Votre RCS **(si entreprise*)**

Votre adresse Numéro et nom de la rue

* Code postal — Ville

* Pays

Les coordonnées de votre compte * Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

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

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif [X] Paiement ponctuel/unique [ ] (cochez la case correspondante)

Signé à * Lieu — Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s)

Veuillez signer ici *Nom / *Prénom

Titre

Téléphone

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

Tiers débiteur **(si différent du débiteur lui-même)**

Nom du tiers détenteur : si votre paiement concerne un accord passé entre La Poste Direction du Réseau et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre compte, ne pas remplir.

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'opposition, 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 avec votre relevé d'identité bancaire (RIB) :

LA POSTE DIRECTION NATIONALE COMPTABLE
SERVICE REFERENTIEL CLIENTS
11 RUE VANEAU CS53268
35032 RENNES CEDEX

Tel. 0811 130 100

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

La Poste - Société Anonyme au capital de 5 364 851 364 d'euros - 356 000 000 RCS PARIS - Siège social : 9 rue du Colonel Pierre Avia- 75015 PARIS

Notice de renseignement du Mandat

LA POSTE

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat (RUM)

Cadre réservé à La Poste

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Poste Direction du Réseau à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions La Poste Direction du Réseau.
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 d'une astérisque (*)

CREANCIER (zone à compléter par une entité du Groupe La Poste)

La Poste — Nom du créancier

Direction du Réseau — Direction

F R 9 3 E L P 1 1 1 3 4 1

Identifiant du créancier (ICS)

Cadre réservé à La Poste

CLIENT DEBITEUR

Votre nom * Nom / Prénom ou raison sociale

Intitulé exact du titulaire du compte indiqué sur le RIB

Votre RCS (si entreprise*)

Votre adresse Numéro et nom de la rue

Adresse du titulaire du compte sur le RIB

* Code postal — Ville

* Pays

Les coordonnées de votre compte * Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

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

Pour une souscription à une Carte PROS Privilèges, indiquez paiement récurent

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif [X] Paiement ponctuel/unique [ ] (cochez la case correspondante)

Signé à * Lieu — Date : JJ/MM/AAAA

Nom et prénom d'une personne habilitée à opérer sur le compte

Signature(s) Veuillez signer ici — *Nom / *Prénom — Titre — Téléphone

Signature et cachet de l'entreprise

Fonction du signataire

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

Tiers débiteur (si différent du débiteur lui-même)

Nom du tiers détenteur : si votre paiement concerne un accord passé entre La Poste Direction du Réseau et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre compte, ne pas remplir.

Indiquez si besoin le nom du tiers débiteur

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'opposition, 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 avec votre relevé d'identité bancaire (RIB) :

LA POSTE DIRECTION NATIONALE COMPTABLE
SERVICE REFERENTIEL CLIENTS
11 RUE VANEAU CS53268
35032 RENNES CEDEX

Tel. 0811 130 100

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

Cadre réservé à La Poste