

## L'abonné

Type d'abonnement :

Nom / Prénom :

Date de naissance :  /  /

## L'abonné

Type d'abonnement :

Nom / Prénom :

Date de naissance :  /  /

## L'abonné

Type d'abonnement :

Nom / Prénom :

Date de naissance :  /  /

## L'abonné

Type d'abonnement :

Nom / Prénom :

Date de naissance :  /  /

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

## Référence Unique du Mandat [RUM]

Date :  /  /

Heure :  H

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'EPIC TCAT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'EPIC TCAT. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

## Le payeur

Madame  Monsieur

Nom / Prénom :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Code IBAN :

Code BIC :

# RIB

## Le créancier

Nom du créancier : **E P I C T C A T**

ICS Identifiant Créancier SEPA : **F R 3 2 Z Z Z 4 2 4 0 0 3**

Numéro et nom de rue : **2 0 R U E A U X M O I N E S**

Code postal : **1 0 0 0 0** Ville : **T R O Y E S**

Type de paiement :  Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

## Signature

Date :  /  / **2 0**

Fait à [lieu] :

**Veillez signer ici :**  
Pour les organismes  
tutélaires, signature  
+ tampon