# Prélèvement Automatique
# MANDAT SEPA

Votre Nom : .....
Nom / Prénom du débiteur ou Raison Sociale

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)

Nom du créancier : COOPÉRATIVE DU SYNDICAT GÉNÉRAL DES VIGNERONS
ALLÉES DE CUMIÈRES
CS 70051
51202 EPERNAY CEDEX

Type de paiement : Paiement réccurent / répétitif ☒

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **COOPÉRATIVE DU SYNDICAT GÉNÉRAL DES VIGNERONS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **COOPÉRATIVE DU SYNDICAT GÉNÉRAL DES VIGNERONS**. 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.

**Joindre obligatoirement un RIB**

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

Fait à .....
le .....

**SIGNATURE**
(précédée de la mention "lu et approuvé")

**Partie réservée à la CSGV**

Référence unique du mandat