

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA INTERENTREPRISES

Vous devez compléter et signer ce mandat puis le transmettre à votre établissement bancaire.

Assurez-vous que votre établissement bancaire a enregistré la RUM ci-dessous avant tout premier paiement sur le compte désigné.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Direction Générale des Finances Publiques à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Direction Générale des Finances Publiques.

Ce mandat est dédié aux prélèvements SEPA interentreprises. **Vous n'êtes pas en droit de demander à votre banque le remboursement d'un prélèvement SEPA interentreprises une fois que le montant est débité de votre compte. Vous pouvez cependant demander à votre banque de ne pas débiter votre compte jusqu'au jour de l'échéance.**

Veuillez **obligatoirement compléter** les champs marqués *.

Référence Unique de Mandat (RUM) *																																					
n	n														D	G	F	I	P																		
SIREN (ou IDSP) du débiteur *																																					
Raison sociale du débiteur *																																					
Titulaire du compte bancaire (pouvant être différent du débiteur) *																																					
Civilité / Forme juridique *										Nom / Prénom ou Raison sociale *																											
Adresse *					Numéro, nature et nom de la voie :																																
					Code postal et ville :																																
					Pays :																																
Coordonnées du compte – IBAN *																																					
Bank Identifier Code – BIC. Vous devez compléter ce champ seulement si l'établissement bancaire est situé hors de l'Espace Économique Européen.																																					
Nom du créancier					Direction Générale des Finances Publiques																																
Identifiant Créancier SEPA															F	R	4	6	Z	Z	Z	0	0	5	0	0	2										
Adresse *					Nom du service gestionnaire :																																
					Numéro, nature et nom de la voie :																																
					Code postal et ville :																				FRANCE												
Type de paiement					Paiement récurrent																																
Lieu *					A															, le					Date *					J	J	M	M	A	A	A	A
Veuillez signer ici *																																					
Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées que par la Direction Générale des Finances Publiques. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par le débiteur/payeur, 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'information, aux fichiers et aux libertés.																																					