



Document à compléter
pour le prélèvement automatique

Mandat de prélèvement SEPA

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
NOM, Prénom :
Adresse :
Code Postal :
VILLE :
PAYS :

DESIGNATION DU CREANCIER
NOM :
Adresse :
Code postal :
VILLE :
PAYS :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IBAN FR __ / __ / __ / __ clé __

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

BIC _____

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à :

Le : __ / __ / ____

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

NOM du débiteur :

Joindre un relevé d'identité bancaire (format IBAN BIC)

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EHPAD intercommunal de SEMBANÇAY -LA MEMBROLLE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Trésorerie de TOURS.



**E.H.P.A.D.
INTERCOMMUNAL**

Résidence «Jeanne-Rozé»

10, rue Foulques-Néra
37360 SEMBLANÇAY
Tél. : 02 47 62 74 74
Fax : 02 47 62 74 92

Résidence «Notre-Dame-des-Eaux»

Rue de la Billonnière
37390 LA MEMBROLLE
Tél. : 02 47 49 60 60

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Je soussigné (e) M

Ou le représentant légal M

De M

Autorise

N'autorise pas

L'établissement à prodiguer tous les soins et actes thérapeutiques nécessaires au maintien le mieux possible de mon état de santé.

En cas d'urgence, l'équipe de soins peut envisager mon transfert dans l'établissement de santé le plus proche ou l'établissement que je désigne explicitement ci-après :

Nom de l'établissement (hôpital, clinique) :

Le

Signature,