

AUTORISATION DE PRELEVEMENT BANCAIRE OU DE CHANGEMENT DE COORDONNEES BANCAIRES

Afin que votre demande soit prise en compte, il est impératif de :

1. Compléter l'intégralité de ce formulaire, et de le signer.
2. Joindre en même temps un Relevé d'identité bancaire (RIB IBAN).
3. Adresser l'intégralité de ce document à l'adresse suivante:

Nom de l'organisme : Centre Hospitalier Pierre Le Damany Lannion-Trestel

N°, rue : BP 70348 - SECRETARIAT IFPS

code postal : 22303 ville : LANNION

Identification du personnel concerné :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Service d'affectation :

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par le Centre hospitalier Pierre-Le-Damany Lannion-Trestel. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte.

N° NATIONAL D'EMETEUR : 590788

Titulaire du compte :

Nom/prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Etablissement du teneur de compte à débiter :

Banque :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Désignation du compte à débiter :

Code banque

Code guichet

N° de compte

Clé RIB

Date :

Signature du titulaire du compte obligatoire :