

## 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 :

N°, rue :

code postal :  ville :

### 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.

**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 :**