



Autorisation de prélèvement Repas pris au restaurant du Groupe Hospitalier du Havre

Nom du gestionnaire traitant la demande

Date de la demande

DEMANDE DE PRELEVEMENT:

Création Modification

DEBITEUR
N° de badge
Nom
Prénom
Service
Adresse

DESIGNATION DE L'ORGANISME CREANCIER
Groupe Hospitalier du Havre 55, bis rue Gustave Flaubert 76600 - LE HAVRE

J'autorise, sauf instructions contraires de ma part, à faire prélever en votre faveur sur le compte N°

l'Etablissement teneur de mon compte

Compte à débiter		
Code Etablissement	code guichet	N° Compte

Les sommes dont je serai redevable pour les repas pris aux points de restauration du Groupe Hospitalier du Havre

Les présentes instructions sont valables jusqu'à annulation de ma part à vous notifier en temps utile.

Les présentes informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les nécessités de la gestion et ne pourront donner lieu à exercice de droit individuel d'accès auprès de l'organisme créancier à l'adresse ci-dessous, dans les conditions prévues par la délibération N°80 du 1er mai 1980 de la commission informatique et liberté

Date

Signature du titulaire du compte à débiter

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

(Joindre un RIB)

N° NATIONAL EMETTEUR

Nom
Prénom
Adresse

Nom et adresse de l'Etablissement bancaire

J'autorise l'établissement teneur de mon compte, si la situation le permet, tous les prélèvements sur mon compte N°

Ordonnés par le créancier désigné si dessous

Compte à débiter		
Code Etablissement	Code guichet	N° Compte

Nom et adresse du créancier
Groupe Hospitalier du Havre 55, bis rue Gustave Flaubert 76600 - LE HAVRE

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent directement avec le créancier

Date

Signature du titulaire du compte à débiter