

**Demande prise par** ..... **Le** .....

**Adulte Seul**

**En couple**

**NOM** .....

**Prénom** ..... **Né le** .....

**NOM** .....

**Prénom** ..... **Née le** .....

**Adresse + étage**

.....  
.....  
.....

**Téléphone Fixe** .....

**Téléphone Portable** .....

**Personnes à prévenir (lien de parenté) N° de téléphone**

.....  
.....  
.....  
.....

Repas complet      8€           

Repas simple        7.30€       

Collation            1.40€       

Soupe                0.17€       

Lundi       Mardi       Mercredi

Jeudi       Vendredi       Samedi       Dimanche

**Observations** .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Remarques**

.....  
.....

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

Référence Unique du Mandat

S O 4 6 7 0 0 1

**Zone réservée au créancier pour indiquer la RUM**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Société Française de Restauration et Services à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Société Française de Restauration et Services. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Pays :

Ville :

**DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER**

Les coordonnées de votre compte

IBAN (International Bank Account Number)

Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

Code International d'Identification de votre banque BIC (Bank Identifier Code)

**NOM DU CREANCIER**

Nom du créancier : **SOGERES**

Identifiant du créancier ICS : **FR20ZZZ406177**

Numéro et nom de rue : **6, rue de la Redoute**

Code Postal Ville : **78280 GUYANCOURT**

Pays : **France**

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Fait à : ..... Le .....

Signature d'une personne ayant pouvoir bancaire

Veillez signer ici

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Original à envoyer à l'adresse ci-dessous  
Accompagné d'un RIB**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à exercice, par ce dernier, des ses droits d'oppositions, 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'informatique, aux fichiers et aux libertés.

**SOGERES  
Cuisine Centrale Chalon-Sur-Saône  
11 RUE DU CHATEAU  
71530 LA LOYERE**