

Cadre réservé à l'administration

NOM :

Prénom :



Demande et Autorisation de Prélèvement Automatique

Frais de séjour

➤ **Compléter et signer :**

1. Le règlement Financier et Contrat de prélèvement automatique (ci-joint)
2. Le MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (ci-joint)

➤ **Retourner les documents à l'EHPAD de Saint Ambroix**

En y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP)
ou de caisse d'épargne (RICE).

*Plus tard, n'omettez pas de signaler à l'établissement toute modification d'intitulé
ou de domiciliation de compte.*

**RÈGLEMENT FINANCIER
ET CONTRAT DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE MENSUEL**

**Relatif au règlement des frais de
SEJOUR MENSUELS
à la Maison de Retraite De Saint Ambroix**

Entre,
Bénéficiaire (ci-après dénommé le redevable) résidant à l'EHPAD Les Jardins de la Cèze,
160 Montée de la Frigoule, 30500 Saint Ambroix,

Et l'EHPAD de Saint Ambroix représenté par son Directeur, Erwan HELOT, agissant en
vertu de la délibération du Conseil d'Administration N° 22/2014 en date du 24 octobre
2014, portant règlement de la mensualisation des frais de séjour l'établissement.

Il est convenu comme suit :

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES :

Les bénéficiaires des frais de séjour (prix de journée hébergement + ticket modérateur) de la Maison de Retraite peuvent régler leur facture:

- Par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre du Trésor public, accompagné du talon détachable de la facture, sans le coller ni l'agrafer à envoyer au Centre d'Encaissement, 59885 LILLE CEDEX 9.
- par prélèvement automatique pour les redevables ayant souscrit au présent contrat.

2. AVIS PRÉLÈVEMENT :

Le redevable optant pour le prélèvement automatique recevra le 10 de chaque mois, une facture indiquant le montant des sommes dues au titre des frais de séjour du mois précédent. Les sommes correspondantes seront prélevées sur le compte du redevable le 10 du même mois (ou le premier jour ouvré suivant).

3. CHANGEMENT DE COMPTE BANCAIRE :

Le redevable qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque ou de banque postale doit se procurer un nouvel imprimé de « MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA » auprès de l'EHPAD de Saint Ambroix, le remplir et le retourner accompagné du nouveau relevé d'identité bancaire ou postal.
Si l'envoi a lieu avant le 10 du mois, le prélèvement aura lieu sur le nouveau compte dès le mois suivant.

Dans le cas contraire, la modification interviendra un mois plus tard.



4. CHANGEMENT D'ADRESSE :

Le redevable qui change d'adresse doit avertir sans délai l'EHPAD de Saint Ambroix.

5. RENOUVELLEMENT DU CONTRAT DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE :

Sauf avis contraire du redevable, le contrat de prélèvement est automatiquement reconduit l'année suivante ; le redevable établit une nouvelle demande uniquement lorsqu'il avait dénoncé son contrat et qu'il souhaite à nouveau le prélèvement automatique pour les mois suivants.

6. ECHEANCES IMPAYEES :

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du redevable, il ne sera pas automatiquement représenté. Les frais de rejet sont à la charge du redevable. L'échéance impayée en plus des frais est à régulariser auprès du Centre d'Encaissement, 59885 LILLE CEDEX 9.

7. FIN DE CONTRAT :

Le redevable qui souhaite mettre fin au contrat de prélèvement informe l'EHPAD de St Ambroix par lettre simple. Une demande exprimée au cours du mois M sera prise en compte au titre des prélèvements du mois M+2. Le redevable devra donc s'acquitter des frais de séjour dus au titre du mois M+1, selon un autre mode de règlement, tel que prévu dans l'article 1.

A Saint Ambroix, le

Bon pour accord de prélèvement mensuel,

Le redevable :

Signature :

Le Directeur de l'EHPAD de Saint Ambroix,
Erwan HELOT.

Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Prélèvement automatique des frais de séjour à l'EHPAD les Jardins de la Cèze de Saint Ambroix

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'EHPAD Public de Saint Ambroix à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'EHPAD Public de Saint Ambroix.

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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 39 ZZZ 663273

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : EHPAD Public « Les Jardins de la Cèze »

Adresse : 160 Montée de la Frigoule

Code postal : 30500

Ville : SAINT AMBROIX

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y
Paiement ponctuel Y

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

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

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

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 Public de Saint Ambroix. 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 l'EHPAD Public de Saint Ambroix.

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 l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.