MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SALICHON Pascale à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SALICHON Pascale

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

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

DEBITEUR

Votre Nom / Prénoms :

Votre Adresse :

Vos coordonnées bancaires

IBAN :

BIC :

CREANCIER

I.C.S FR5522283316B

Nom : SALICHON Pascale

Adresse : L'anglais

85430 LA BOISSIERE DES LANDES

Type de Paiement : Paiement récurrent / répétitif

Signé à le / /

Signature

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

veuillez compléter tous les champs du mandat et joindre un RIB