MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {Nom du créancier} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {Nom du créancier}. 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.

Créancier

Identifiant créancier SEPA (ICS) : F R 0 8 Z Z Z 8 7 5 7 5 B

Nom du créancier : SAS CHEVAROTTE

Adresse (N° et rue) : 31 rue Viognier

Code postal et ville : 30230 RODILHAN

Pays : FRANCE

Débiteur

Nom du débiteur : .....

Adresse (N° et rue) : ....

Code postal et ville : ....

Pays : FRANCE

N° de compte IBAN : .....

Code BIC : .....

N° de contrat sous-jacent : .....

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

POUR UN PRÉLÈVEMENT ☒ RÉCURRENT / ☐ UNIQUE

Signature :

Date (jour/mois/année)
..... /..... /.....

Lieu
.....

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'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.