MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :
(A) CARAYON LANGUEDOC SAS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
(B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CARAYON LANGUEDOC SAS.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

aude préfa
Carayon

Référence Unique de Mandat _____

à compléter par CARAYON

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : **FR59ZZZ832D54**

Débiteur

Votre Nom _____

Votre Adresse _____

_____

Code Postal _____ Ville _____

Pays _____

Créancier

Nom AUDE PREFA

Adresse ZI DE TRUILHAS

_____

Code Postal 11590 Ville SALLELES D AUDE

France

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Paiement : [X] Récurrent / Répétitif [ ] Ponctuel

A : _____ Le ☐☐☐☐☐☐☐☐

Signature

Identité du Signataire : _____

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat