

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.



Référence Unique de Mandat _____

à compléter par CARAYON

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : **FR88ZZZ421249**

Débiteur

Votre Nom _____

Votre Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Pays _____

Créancier

Nom CARAYON LANGUEDOC SAS

Adresse Route de BEZIERS

Code Postal 34220 Ville ST PONS DE THOMIERES

France

IBAN

BIC Paiement : Récurrent / Répétitif Ponctuel

A : _____

Le

Signature

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

Veillez compléter tous les champs du mandat

Identité du Signataire : _____