# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :
(A) CARAYON TARN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
(B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CARAYON TARN 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) : **FR61ZZZ421250**

## Débiteur

Votre Nom _____

Votre Adresse _____

_____

Code Postal _____ Ville _____

Pays _____

## Créancier

Nom CARAYON TARN SAS

Adresse Route de Lacaune

_____

Code Postal 81530 Ville VIANE

France

IBAN

BIC

Paiement : [X] Récurrent / Répétitif [ ] Ponctuel

A : _____ Le

Signature

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**

Identité du Signataire : _____