MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **SENONAIS MOBILITES** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte, conformément aux instructions de **SENONAIS MOBILITES**.
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.

CREANCIER

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : F R 4 4 Z Z Z 6 2 2 1 5 2

Nom du Créancier : SENONAIS MOBILITES

Adresse (N° et rue) : ZI DES VAUGUILLETTES – RUE SAINT SAUVEUR DES VIGNES

Code Postal et ville : 8 9 1 0 0

Pays : France

DEBITEUR

Nom du Débiteur : ……..

Adresse (N° et rue) : : …… ……..

Code Postal et Ville : ☐☐☐☐☐ ……

N° Compte IBAN F R

CODE BIC

N° de contrat : ……

POUR UN PRELEVEMENT **RECURRENT** X **UNIQUE** ☐

Date (jour/mois/année) : 05 /……../……

Signature

Lieu : ……..

Les informations contenues dans le présent mandant, 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'opposition, d'accès et de rectification, tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi N° 78-17 du 06 janvier 1978.