

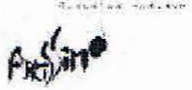
**Mandat de
prélèvement SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez

(A)

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans le 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 du mandat :

Identifiant créancier SEPA :

FR12278518DF

Débiteur :

Créancier :

Votre Nom*

Nom

ARTISSIMO

Votre Adresse*

Adresse

26 rue de la Madeleine

Code postal*

Ville*

Code postal

44160

Ville

CLISSON

Pays*

Pays

IBAN* BIC* Paiement : Récurrent/Répétitif PonctuelTiers
débiteurTiers
créancier

A*

Le* :

Signature* :

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

(*) Veuillez compléter les données obligatoires du mandat.

(**) Obligatoire si hors de l'EEE. Facultatif pour les opérations intra Espace Economique Européen (EEE).