Mandat de prélèvement SEPA

SEPA
Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Nom du Créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Nom du Créancier

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.

ÉCOLE DE MUSIQUE
ARTISSIMO

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : FR12ZZZ8518DE

Débiteur :

Votre Nom*

Votre Adresse*

Code postal* Ville*

Pays*

Créancier :

Nom ARTISSIMO

Adresse 26 rue de la Madeleine

Code postal 44160 Ville CLISSON

Pays

IBAN*

BIC**

Paiement : ☐ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

En 3 fois en 9 fois

Tiers débiteur 'banque)

Tiers créancier CRÉDIT MUTUEL

A*

Le* :

Signature* :

Nota : 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).