



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



Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : FR12ZZZ8518DE

**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\*

IBAN input field with 11 empty boxes

BIC\*

BIC input field with 11 empty boxes

Paiement :  Récurrent/Répétitif

Ponctuel

En 3 fois

en 9 fois

Tiers débiteur (banque)

Tiers créancier

CRÉDIT MUTUEL

A\*

Le\* :

Signature\* :

Signature input box

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).