CSC FOSSE DES TREIZE

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat à remplir par le service comptable

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le CSC FOSSE DES TREIZE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CSC FOSSE DES TREIZE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

*Les champs précédés d'un * doivent être complétés.*

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT

* Raison sociale ou nom du débiteur

* Numéro et nom de la rue

* Code postal * Ville

* Pays

* Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN

* Code international d'identification de votre banque BIC

Nom du signataire (pour une société signataire habilité sur le compte)

* Date JJ MM AAAA * Lieu

* Signature

Nom du créancier devant apparaître dans l'ordre de prélèvement

* FR55ZZZ560359
Identifiant du créancier ICS

* Numéro et nom de la rue

6 RUE FINKMATT

* 67000 STRASBOURG

Code postal Ville

- FRANCE

Pays

Les informations contenues dans le présent mandat, 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'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.