

MANDAT de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'établissement INSTITUTION SEVIGNE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de INSTITUTION SEVIGNE à GRANVILLE.

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 clôture de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

Votre nom : _____

Votre référence : _____

Votre adresse : _____

Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN

Code international d'identification de votre banque - BIC

Créancier :

Nom INSTITUTION SEVIGNE
Identifiant ICS FR69ZZZ417905
Adresse 15 Boulevard Girard Desprairies

50400 GRANVILLE

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à (Lieu) : _____ le : _____

Signature(s)