Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, conformément aux instructions 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.

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : FR16ZZZ399847

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

Créancier :

Nom INSTITUT LIMAYRAC

Adresse BP 5204

50 RUE DE LIMAYRAC

Code postal 31079 Ville TOULOUSE CEDEX 5

Pays FRANCE

IBAN

BIC

Paiement : [X] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

A :

Le :

Signature :

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

Veuillez signer le mandat.

Les informations contenues dans le présent mandat 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 prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.