Mandat de prélèvement SEPA

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

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 : FR64ZZZ462809

Débiteur :

Nom/Prénom .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Créancier :

Nom : SSN CAASSURE

Adresse : 118 RUE ROGER MATHURIN

Code postal : 13 010 Ville : MARSEILLE

Pays : FRANCE

IBAN

BIC

Paiement : ☐ 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 compléter tous les champs du mandat.

Merci d'inscrire lisiblement les coordonnées de votre agence bancaire

Nom de l'établissement bancaire.....

Adresse .....

Code Postal .....

Ville .....

Agrafez ou collez votre RIB ici