

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part, à notifier en temps voulu au Cabinet CARE ou à défaut de prélèvement intervenu dans un délai de 36 mois à compter de l'édition de la présente autorisation.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Cabinet CARE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Cabinet CARE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Référence Unique du Mandat (RUM) : _____ (Indiquer la référence du dossier)

Type de paiement SEPA : Ponctuel Récurent

Les prélèvements automatiques interviendront le _____ de chaque mois.

Nombre de prélèvements: _____

Montant de chaque prélèvement : _____ €

Date du premier prélèvement : le / /

Coordonnées du Débiteur*	Coordonnées du Créancier
Nom ou Dénomination Sociale*	Société CABINET CARE
Adresse*	Identifiant du créancier (ICS) FR12ZZZ805F7B
Code Postal*	Adresse 93 Rue Magenta
Ville*	92600 ASNIERES SUR SEINE

IBAN (numéro d'identification du compte bancaire) *

BIC (n° identification banque) *

Nom et prénom du signataire*

Fonction

Signature :

Signé à :

Le : / /

(* champs à compléter impérativement)