MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : CONTRAT DE PRELEVEMENT BANCAIRE DES FACTURES POUR LES ACTIVITES ENFANCE JEUNESSE

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

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 51 ZZZ 469 639

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	Nom : LEFFARMOR Communauté
Adresse :	Adresse : Moulin de Blanchardeau
Code postal :	Code postal : 22290
Ville :	Ville : LANVOLLON
Pays :	Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) — IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

I B A N

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT):

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par LEFFARMOR Communauté. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec LEFFARMOR Communauté.