

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat (RUM) :

Créancier : SASU ADN DEVELOPPEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SASU ADN DEVELOPPEMENT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque, à débiter votre compte conformément aux instructions de SASU ADN DEVELOPPEMENT.

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.

Votre nom :

Votre adresse :

Adresse

Code postal - Ville

Votre pays : FRANCE

Votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : SASU ADN DEVELOPPEMENT

Identifiant du créancier : FR90ZZZ85D3BC

Adresse du créancier : 2 rue Marcel Langer

31600 -
SEYSSES

Pays du créancier : FRANCE

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé le :

Lieu :

Signature(s) :

À retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :