

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

SAS RASSUR



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la SAS RASSUR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la SAS RASSUR. 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 et sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom

*
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse

*
Numéro et nom de la rue

*
Code postal

*
Ville

Les coordonnées de votre compte

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

Nom du créancier

*
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier code)

.....
Nom du créancier
.....
Identifiant SEPA du créancier (ICS)
.....
11 AVENUE DE L'ACTIPOLE
.....
Numéro et nom de la rue
.....
33470 GULAN MESTRAS
.....
Code Postal Ville
.....
FRANCE
.....
Pays

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à

* le
Lieu Date

Signature(s) :

.....

* Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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 tels que 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