

MANDAT de Prélèvement SEPA Particulier SDD CORE

Référence Unique de Mandat (RUM) (35 caractères max)	BEDUP
--	-------

(réservé DécaDRAGES / "BEDUP + n° série")

Type de Paiement	récurrent	unique
------------------	-----------	--------

(réservé DécaDRAGES / rayer la mention inutile)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société DECADRAGES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de DECADRAGES.

Vous bénéficiez du droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute 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.

Nom du CREANCIER	DECADRAGES
N° d'Identifiant Créancier SEPA (ICS)	FR78222607184
Adresse du créancier	1 , Avenue Laennec
Code Postal	93380
Ville	Pierrefitte sur seine
Pays	FRANCE

NOM et Prénom du DEBITEUR	
Adresse du débiteur	
Code Postal	
Ville	
Pays	

NOM et Prénom du titulaire du compte / débiteur	
Banque	
Adresse de la banque	
Code BIC de la banque	
N° de compte IBAN du débiteur	

Lieu	date	Signature du débiteur