

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) _____ à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de _____. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Veuillez compléter les champs marqués*

Votre nom :	<input type="text" value="* PHARMACIE CONDÉ"/> Nom du débiteur(s)		
Votre adresse :	<input type="text"/> Numéro et nom de la rue	<input type="text"/> Code postal et Ville	
	<input type="text"/> Pays		
Les coordonnées de votre compte :	<input type="text"/> Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)		
	<input type="text"/> Code International d'identification de votre compte - BIC (Bank Identifier Code)		

Nom du créancier:

Adresse du créancier:

Identifiant du créancier:

Type de paiement:

Signé à : * 100 boulevard de la Gare * 01/08/2010

Signature(s) :

+ cachet commercial

* Veuillez signer ici

**SELARL PHARMACIE CONDE
PHARMACIE DE L'EQUILIBRE**
B. CONDE Docteur en Pharmacie
21270 PONTAILLER SUR SAÔNE
Tél. 03 80 36 11 31 - Fax. 03 80 47 83 62
SIRET 838 096 030 00013 - R.C.S. Dijon

Notes:

Vos droits concernant le présent mandat sont disponibles auprès de votre banque.

Chaque prélèvement automatique vous sera notifié au moins 2 jours avant la Date d'Exigibilité par tout moyen approprié dont notamment la facture ou le courrier électronique.