

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 :

* PHARMACIE CONDE
Nom du débiteur(s)

Votre adresse :

*
Numéro et nom de la rue

*
Code postal et Ville

*
Pays

Les coordonnées
de votre compte :

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

*
Code International d'identification de
votre compte - BIC (Bank Identifier
Code)

Nom du créancier:

Adresse du créancier:

Identifiant du créancier:

Type de paiement:

Paiement récurrent / répétitif



Paiement Ponctuel



Signé à :

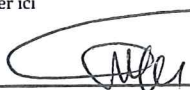
* Pontailleur sur Saône
Lieu

* 01/08/18
Date

Signature(s) :

+ cachet commercial

* Veuillez signer ici



SELARL PHARMACIE CONDE
PHARMACIE DE L'ÉQUILIBRE
B. CONDE Docteur en Pharmacie
21270 PONTAILLEUR 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.