

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 :

* Dr PAIN Frédéric
Nom du débiteur(s)

Votre adresse :

* Poly clinique Jean Villar * 33520 Bruges
Numéro et nom de la rue Code postal et Ville

* FRANCE
Pays

Les coordonnées :
de votre compte

* FR76 1330 6000102306105826 570 * AGRIFRPP833
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: CA Aquitaine

Adresse du créancier:

Identifiant du créancier:

Type de paiement:

Paiement récurrent / répétitif Paiement Ponctuel

Signé à :

* Bordeaux
Lieu

* 31/04/2018
Date

Signature(s) :
+ cachet commercial

* Veuillez signer ici
Docteur Frédéric PAIN
Chirurgien Orthopédiste
Epaule & Membre Supérieur
Conventionné Honoraires Libres
33 1 52 10 1-00 3 33 1 41

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.