

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 :

* HASSANI MELO DOMINIQUE
Nom du débiteur(s)

Votre adresse :

* 17 AVE DE SEINE ET OISE * 78700
Numéro et nom de la rue Code postal et Ville

* FRANCE CONFLANS STE HONORINE
Pays

Les coordonnées
de votre compte :

* FR 761820600450441841169001 AGRI FR PP882
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:

M2M FINANCE 9BNF

Adresse du créancier:

Identifiant du créancier:

Type de paiement:

Paiement récurrent / répétitif



Paiement Ponctuel



Signé à :

* [Signature]
Lieu

* 12/11/2018
Date

Signature(s) :

+ cachet commercial

* Veuillez signer ici

[Signature]

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.