

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.

Veillez compléter les champs marqués*

Votre nom :	* MULTISERVICES GESTION GLOBALE Nom du débiteur(s)	
Votre adresse :	* 3 Rue Joseph Cugnot Numéro et nom de la rue	* 17180 PERIGNY Code postal et Ville
	* FRANCE Pays	
Les coordonnées de votre compte :	* FR7617515900000800699817034 Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	* CEPAFRPP751 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 :	*	*
	Lieu	Date
Signature(s) :	* Veillez signer ici	
+ cachet commercial		

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.