MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

OHEL MOSHE

Référence Unique du Mandat

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

Identifiant créancier SEPA (ICS) :

F	R	7	5	Z	Z	Z	8	6	4	D	B	E

Débiteur :

Votre Nom et Prénom ou Société *:* _____

Votre adresse *:* _____

Code postal/Ville *:* _____

Pays *:* _____

Créancier :

Nom : *OHEL MOSHE*

Adresse *: 10 TRAVERSE DES JUIFS*

Code postal/VILLE *: 13008 Marseille*

Pays : *France*

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

IBAN :

F	R																												

BIC : | | | | | | | | | | | |

PAIEMENT : *Récurrent/Répétitif :* ☐ *Ponctuel :* ☐

Lieu : à…… Date : Le ……/……/……

Signature :

Durée du prélèvement : ……../mois
Jour du prélèvement : le ……du mois

Merci de joindre un RIB.
Votre numéro de mandat vous sera communiqué ultérieurement

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.