



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'Ecole de Sophrologie PACA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Ecole de Sophrologie PACA

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Référence unique du mandat :

Votre Nom :
Nom et Prénom du débiteur

Votre Adresse :

Numéro et nom de la rue

Code postal

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 banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : Ecole de Sophrologie PACA

Identifiant du créancier : 579715

Adresse : 10 rue Saint Jacques 13006 Marseille

Pays : France

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à : Date :/...../.....

Signature(s) :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.