Joindre votre Relevé d'Identité Bancaire. Merci

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OGEC ASSOMPTION à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de OGEC ASSOMPTION sis à LE HAVRE.

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 doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

Votre Nom _____

Référence _____

Votre adresse:

Numéro et nom de la rue _____

Code postal _____

Ville _____

Pays _____

Coordonnées de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN :

Code international d'identification de votre banque - BIC :

Créancier

Nom	OGEC ASSOMPTION
Identifiant ICS	FR28ZZZ000379
Numéro et nom de la rue	32 RUE LORD KITCHENER
Code postal	76600
Ville	LE HAVRE
Pays	

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

Signé à (Lieu) : _____ le :

Signature(s)

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