Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ESPACE EMPLOI à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ESPACE EMPLOI

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 :

Identifiant créancier SEPA : FR11ZZZ646705

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

Créancier :

Nom ESPACE EMPLOI

Adresse Place du Général de Gaulle

Code postal 35 740 Ville PACE

Pays France

IBAN

BIC

Paiement : [X] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

A :

Le :

Signature :

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat.