

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat - à compléter par le créancier

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la SAS YXTENSYS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la SAS YXTENSYS.
 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.
 Veuillez compléter les champs marqués *.

Raison sociale : * ASSOCIATION ST BENOIT LABRE

Adresse : * 3, allée du Cap Horn
 * La Ville au Blanc - 44120 VERTOU
 * Tél. 02 40 80 02 02 - Fax 02 40 80 00 39
 Code postal 44120 Pays FR
 * association@asbi44.com

Coordonnées de votre compte : * FR76 4255 9100 0008 0029 9483 890
 Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
 * CCOPFRPPXXX Code internationale d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : * SAS YXTENSYS ICS: _____
 Identifiant créancier SEPA

Adresse : * IMMEUBLE " LE SAPHIR " 5, AVENUE BARBARA - BP12
 * 44570 TRIGNAC FRANCE
 Code postal Ville Pays

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif Paiement Ponctuel

Signé à : * VERTOU **Date :** 06 2021

Signature : * _____
 Signature et cachet du Client

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du débiteur _____
 Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)
 Nom du Tiers Débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre (NOM DU CREANCIER) et un Tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir

Code d'identification du Tiers Débiteur _____

Contrat concerné :

Code d'identification du Tiers Créancier _____

Numéro d'identification de ce contrat _____

Description du contrat _____

A retourner a :