

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat _____ Communiqué ultérieurement, voir conditions générales

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société AVEM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société AVEM.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom et adresse du créancier :

AVEM

Siège social : ZAC Val d'Orson - Rue du Pré Long - CS 10038 - 35772 VERN SUR SEICHE Cédex - France

Débiteur :

Nom et Prénom * _____

Adresse * _____

Numéro et nom de la voie _____

Code Postal _____

Ville et Pays _____

Etablissement teneur du compte à débiter (votre banque) :

Nom * _____

Adresse * _____

Numéro et nom de la voie _____

Code Postal _____

Ville et Pays _____

Coordonnées du compte à débiter* :

Numéro d'Identification International du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) :

Code International d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code) :

Type de Paiement* :

Paiement récurrent/répétitif


Paiement ponctuel

Signature du débiteur* :

10/4/2018 à Lannuaud

Date et Lieu

Signature :



Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la question et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1.4.80 de la Commission Informatique et Libertés.

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

Veuillez compléter les champs marqués *