



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)

CI2T

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

CI2T



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 :

FR74ZZZ403556

Débiteur :

Créancier :

Votre Nom

PARENT Francois

Nom

CI2T

Votre Adresse

LA GARELLE
5 GRANDE RUE
21630 Pommard

Adresse

ZA L'Agavon

Code postal

21630

Ville

Pommard

Code postal

13170

Ville

LES PENNES MIRABEAU

Pays

Pays

FRANCE

IBAN

FR76 1100 6210 0402 5408 4300 143

BIC

AGRI FRPP 810

Paiement :



Récurrent/Répétitif



Ponctuel

Tiers débiteur

Tiers créancier

A :

Pommard

Le :

23 10 2023

Signature :

Paul

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

Veillez compléter tous les champs du mandat.

Les données Tiers débiteurs et Tiers créancier sont à compléter si l'émetteur du prélèvement et/ou le débiteur interviennent pour compte d'un tiers :

- Tiers créancier : Nom du détenteur de la créance s'il est différent du créancier qui génère le prélèvement (qui agit pour compte de...),
Tiers débiteur : Nom du débiteur final s'il est différent du titulaire du compte à prélever renseigné dans le mandat.