

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Veillez remplir et signer l'autorisation ci-dessous

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT :

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

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.

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

1- TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER :

Raison : _____

Adresse : _____

2- COORDONNEES DU COMPTE :

IBAN* : _____

BIC (Bank Identifier Code) * : _____

Code international d'identification de votre banque : _____

3- ORGANISME CREANCIER : UNYC

I.C.S - Identifiant Créancier SEPA : FR 32 ZZZ 491709

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif :

Signé à* :	SIGNATURE ET CACHET DE L'ENTREPRISE :
Date :	
Signataire :	

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

* Ces champs doivent être complétés en lettres capitales

JOIGNEZ A CE FORMULAIRE VOTRE R.I.B OU R.I.P