

Mandat de prélèvement SEPA Direct Debit - SDD

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Vous vous engagez avec l'entreprise suivante :

Nom : IDELCARE

Adresse : 194 avenue Nina Simone

Code postal : 34000

Ville : Montpellier

ICS : 893861484

REFERENCE DU MANDAT

Cette Référence Unique du Mandat est à conserver et à rappeler dans tous vos courriers

RUM :

Conditions générales d'utilisation de votre mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **IDELCARE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de paiement de **IDELCARE**. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

IDENTIFICATION DU CLIENT

En ce qui vous concerne, nous avons besoin des éléments suivants :

Votre nom et Prénom

Nom :

Prénom :

Votre adresse

N° et Rue :

Code Postal :

Ville :

Vos coordonnées bancaires

BIC :

Le BIC est le Code International d'Identification de votre banque

IBAN :

Votre IBAN est le numero d'identification internationale de votre compte

Type de Paiement : Récurrent ☐ Ponctuel ☐

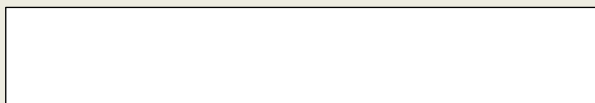
Votre signature

Date :

Date de signature de votre mandat

Ville :

Lieu de signature de votre mandat



Votre signature validant votre autorisation

REFERENCE DU CONTRAT

N. d'identification du contrat :

Description du contrat :