



# Institut Bois-Robert

Mandat de Prélèvement SEPA

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {INSTITUT BOIS ROBERT} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {INSTITUT BOIS ROBERT}. 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.

Votre Nom/Prénom du débiteur .....

Votre adresse : N° et nom rue .....

Code postal □□□□□ Ville.....

Pays..... (valable UE)

Les coordonnées de votre compte □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Numéro d'identification international du compte bancaire-IBAN (International Bank Account Number)

□□□□□□□□□□

Code international d'identification de votre banque-BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier SARL INSTITUT BOIS ROBERT

Identifiant du créancier FR 22 ZZZ 529 234

Adresse : N° et nom rue Bois Robert

Code postal : 49370 Ville : BECON-LES-GRANITS

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

Signé à.....le .....

Signature(s)

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