



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Prélèvement : **Autour du 10 de chaque mois.**

Identité du créancier

Nom du créancier : GARIG

Adresse : **84 boulevard Jean St Martin**
 06210 Mandelieu.

Identification créancier SEPA : FR39ZZZ557640

Identité du débiteur

M. **Mme** **N° Compte Famille :**

Nom

Prénom

E-mail

Téléphone

Adresse (N° et rue)

Pays

Compte à débiter

N° de compte IBAN :

--	--	--	--	--	--	--	--

Code BIC :

--	--	--

Merci de joindre un relevé d'identité bancaire au présent mandat.

Date :

Lieu :

Signature :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) S.A.S GARIG-MANDELIEU à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de S.A.S GARIG-MANDELIEU.

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 7 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.