

| Reference Unique Mandat | MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA | | SCP DANIEL GALLET ET STEPHANIE BROSSE |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SCP DANIEL GALLET ET STEPHANIE BROSSE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SCP DANIEL GALLET ET STEPHANIE BROSSE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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 pour un prélèvement autorisé. „Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Veuillez compléter les champs marqués *</p> | | | |
| Votre Nom | * | | 1 |
| Votre adresse | * | | 2 |
| | * | | 3 |
| | * FRANCE | | 4 |
| | * | | 5 |
| Les coordonnées de votre compte | Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN <i>International Bank Account Number</i> | | 6 |
| | Code international d'identification de votre banque - BIC <i>Bank Identifier Code</i> | | 7 |
| Nom du créancier | * SCP DANIEL GALLET ET STEPHANIE BROSSE | | 8 |
| I.C.S | * FR91ZZZ415472 | | 9 |
| | Identifiant du créancier SEPA <i>SEPA creditor number</i> | | 10 |
| | * CS 20426 25 RUE TOM SOUVILLE 62225 CALAIS CEDEX | | 11 |
| | * CALAIS CEDEX | | 12 |
| Type de paiement | <input type="checkbox"/> * Paiement récurrent / répétitif | <input type="checkbox"/> * Paiement ponctuel | 13 |
| | | | 14 |
| Signé à | *Lieu | *Date JJ/ MM / AAAA (2) | 15 |
| Signature(s) | *Veillez signer ici | | 16 |
| | * | | 17 |
| <p>Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p> | | | |
| Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur –fournies seulement à titre indicatif. | | | |
| Code identifiant du débiteur | * | | 18 |
| indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque | | | |
| Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) | * | | 19 |
| | Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre (NOM DU CREANCIER) et un tiers (par exemple : vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, „ne pas remplir | | |
| Contrat concerné/ | * | | 20 |
| | Code identifiant du tiers débiteur | | 21 |
| | * | | 22 |
| | Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers. | | 23 |
| Contrat concerné/ | * | | 24 |
| | Code identifiant du tiers Créancier | | 25 |
| | * | | 26 |
| Contrat concerné/ | N° identification du contrat | | 27 |
| | * | | 28 |
| Description du contrat | | | |
| <p>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.</p> | | | |
| A retourner à | | Zone réservée à l'usage exclusif du créancier | |

1 : la longueur maximum pour un nom est de 70 caractères

2 : cette ligne a un longueur maximum de 35 caractères