

Mandat de Prélèvement SEPA

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

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.

Veillez compléter les éléments ci-dessous :

INFORMATION DU CRÉANCIER

L'ESAM
1 place Saint Roch
06460 Saint Vallier de Thiey

Identifiant du Créancier (ICS) : FR 15 ZZZ 88 14 70

INFORMATION DU PAYEUR

Votre Nom et Prénom :

Votre adresse :

Ville et Code postal :

Compte bancaire à débiter :

Nom de la banque :

Domiciliation :

BIC de votre banque :

Votre N° de compte IBAN :

Fait à :

Signature :

Le :

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