

# Mandat de prélèvement SEPA



Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LES POTAGERS DE MARCOUSSIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions données par LES POTAGERS DE MARCOUSSIS.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) 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. 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'opposition, d'accès et de rectifications 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.

*Veillez compléter les champs ci-dessous marqués d'un \**

\* Nom du débiteur : .....

\* Prénom du débiteur : .....

\* Adresse du débiteur : .....

\* Code postal : ..... \* Ville : .....

Les coordonnées de votre compte bancaire:

Pays : FRANCE

\* IBAN 

F	R																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

\* BIC 

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

Code identification internationale de la banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : Les Potagers de Marcoussis

Adresse du créancier : Chemin du Regard 91460 MARCOUSSIS Pays : FRANCE

Identifiant du créancier : FR73ZZZ455178

Type de Paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

\* Veuillez signer ci-dessous :

Signé à \* : ..... (lieu)

Le \* 

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

 (date)  
J J M M A A A A

**Signature**

NOM et ADRESSE COMPLETE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DE VOTRE COMPTE :

\* Nom de la banque : .....

\* Adresse de l'agence : .....

\* Code postal : ..... \* Ville : .....