MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez INSTITUTION ST DOMINIQUE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de INSTITUTION ST DOMINIQUE sis à
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.

Votre Nom _____

Votre adresse:

Numéro et nom de la rue _____

Code postal _____

Ville _____

Pays _____

Coordonnées de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN :

Code international d'identification de votre banque - BIC :

Créancier

Nom INSTITUTION ST DOMINIQUE

Identifiant

Numéro et nom de la rue 28 AVENUE ST FOY

Code postal

Ville

Pays

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

Signé à (Lieu) : _____ le :

Signature(s)

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