

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique de mandat (RUM) : MandatSepa

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AGRA-GESTION à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AGRA-GESTION.

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 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.

Votre Nom :

Votre prénom :

Votre adresse :

Code Postal : Ville : Pays : **France**

Coordonnées de votre compte * :

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

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

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

Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier code)

Nom du créancier : **AGRA GESTION**

Identifiant du créancier : **FR81222528269**

Adresse : **60A AVENUE DU 14 JUILLET**

Code postal : **21300** Ville : **CHENOVE**

Pays : **France**

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à Commune Le __ / __ / ____ (JJ/MM/AAAA)

Signature* :

--

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

Code identifiant du débiteur

Numéro D'Adherent / Siret

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

**Merci de retourner cet imprimé à
AGRA-GESTION 60A AVENUE DU 14 JUILLET 21300 CHENOVE**