

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

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.

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

■ DÉNOMINATION ET ADRESSE DU DÉBITEUR

Dénomination : _____

Nom du contact : _____

Prénom du contact : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

SIRET* _____

■ DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC - Code international d'identification
de votre banque

■ TYPE DE PAIEMENT

Païement récurrent / répétitif ☒ Païement ponctuel ☐

■ CRÉANCIER

Nom : SEMINTAN

ICS : FR47ZZZ280755

Adresse : Semintan – 3 rue Bellier – TSA 67 107 – 44046 NANTES CEDEX 1

Fait à : _____

Signature :

Le : _____