Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **MFR Le Clos des Baz**

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **La MFR Le Clos des Baz**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Référence Unique du Mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR45ZZZ642795**

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

Créancier :

Nom **Maison Familiale et Rurale Le Clos des Baz**

Adresse **240 Avenue André Lasquin**

Code postal **74700** Ville **SALLANCHES**

Pays **France**

IBAN

BIC

Paiement : x Récurrent/Répétitif

A :

Le :

Signature :

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat.