

Mandat de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat

[illegible]

REPLISSEZ OBLIGATOIREMENT L'ENSEMBLE DES DONNÉES CI-DESSOUS, DATEZ, SIGNEZ ET JOIGNEZ UN RIB.

Identité du payeur et du compte bancaire

☐ M. ☐ Mme ☐ Société

Nom et prénom du débiteur

[illegible]

Adresse

Code postal

--	--	--	--	--

Ville

Days

E-mail

N° de téléphone

--	--	--	--	--

Coordonnées bancaires

IBAN (Internationnal Bank Account Number)

[illegible]

BIC (Bank identification Code)

[illegible]

Désignation du créancier

COLLECteam : Centre de Gestion Santé - 4 rue Léon Patoux - BP 203 - 51 686 Reims Cedex 2

Identifiant créancier : **FR77 ZZZ 457337**

Type de paiement

☒ Paiement récurrent/répétitif

Signature

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

Sans préjudice de la créance dont dispose votre créancier à votre endroit, vous bénéficiez de la part de votre banque du droit d'être remboursé 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.

Fait à _____

le

[illegible]

Signature

Signature

Ces informations sont destinées à l'usage exclusif de COLLECTeam et sont nécessaires pour effectuer des opérations bancaires. Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données vous concernant que vous pouvez exercer sur simple demande auprès de COLLECTeam : 4 rue Léon Patoux - BP 203 - 51 686 Reims Cedex 2.