

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) e-artsup à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'e-artsup. 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.

**Veuillez compléter les champs marqués\***

**Votre nom \***

Nom / Prénoms du débiteur

**Votre adresse \***

Numéro et nom de la rue

Code postal

Ville

Pays

**Les 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 \***

e-artsup

Nom du créancier

**I.C.S**

DE5648700002197951

Identifiant Créancier SEPA

**Adresse  
du créancier**

24 rue Pasteur

Numéro et nom de la rue

Code postal

Le Kremlin - Bicêtre

Ville

FRANCE

Pays

**Type  
de paiement \***



Paiement ponctuel



Paiement récurrent / répétitif

**Signature(s)\***

Date

Signé électroniquement