|  |  |
| --- | --- |
| Référence Unique de Mandat (**RUM**) | **Mand\_ID** |
| Type de paiement (récurrent ou ponctuel) | Mand\_TypeofPayment |

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :   
(A) Comp\_Name à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et   
(B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Comp\_Name.

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 (13 mois en l'absence de mandat).

|  |  |
| --- | --- |
| Créancier | Débiteur |
| Comp\_Name | Cust\_Name |
| Comp\_Address | Cust\_Address |
| Identifiant du créancier SEPA (ICS) : | IBAN du compte à débiter : |
| Comp\_ICS | Bank\_IBAN |
|  |  |
| Fait à : | Signature : |
| Le : |  |