

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat (RUM) :

Créancier : KOFFI COIFFURE

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

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.

Votre nom :

Votre adresse :

Adresse

.....

Code postal - Ville

Votre pays : FRANCE

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 : KOFFI COIFFURE

Identifiant du créancier : FR91ZZZ85D129

Adresse du créancier : 46 rue de l ourcq
75019 - PARIS

Pays du créancier : FRANCE

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé le :

Lieu :

Signature(s) :

À retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :
-----------------	-------------------------------------------------

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