CTEEN

La force de la jeunesse

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : .....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Beth Loubavitch à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Beth Loubavitch. 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.

DÉBITEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville: _____

Pays : _____

Mobile : _____ Email : _____

Désignation du compte à débiter :

IBAN

BIC

CRÉANCIER

Identifiant créancier SEPA : FR70ZZZ408187

BETH LOUBAVITCH - 8, RUE LAMARTINE 75009 PARIS - FRANCE

Type de paiement Paiement récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel ☐

Signé le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ à _____

SIGNATURE

Montant du prélèvement mensuel .....€ tous les 5 du mois à partir du ...../...../.....

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Joindre un relevé d'identité bancaire au format IBAN & BIC

© Tous droits réservés