MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

zoom
La mobilité du Grand Chalon

NB : Complétez uniquement les champs marqués d'une étoile (*)

Référence Unique du Mandat :

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

CREANCIER

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : F R 4 9 Z Z Z 4 5 3 5 7 3

Nom du Créancier : TRANSDEV STAC

Adresse (N° et rue) : 2 RUE FRANCOIS RUDE

Code Postal et ville : 71100 CHALON SUR SAONE

Pays : France

DEBITEUR

Nom du Débiteur* :

Adresse* :

Code Postal* : Ville* :

N° Compte IBAN* F R

CODE BIC*

N° de contrat :

POUR UN PRELEVEMENT

RECURRENT ☒ UNIQUE ☐

Date (jour/mois/année)* : / /

Lieu* :

Signature*

Les informations contenues dans le présent mandant, 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'opposition, d'accès et de rectification, tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi N° 78-17 du
06 janvier 1978.