



Mandat de prélèvement SEPA

A remplir uniquement en cas d'abonnement et à joindre impérativement à votre bon de commande

A - Mandat de prélèvement SEPA :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société **ECS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société **ECS**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Référence Unique Mandat (RUM, ne pas remplir, réservé au créancier)

B - Créancier :

Identifiant Créancier SEPA : FR85ZZZ851B6F

Nom : SARL ECS

Adresse : 1 impasse Initialis – Zone CITIS – CS 90209

Code postal : 14209 Ville : HEROUVILLE SAINT CLAIR CEDEX

Pays : France

C - Titulaire du compte à débiter :

(*) Veuillez compléter tous les champs obligatoires du mandat.

Nom* :

Adresse* :

Adresse suite :

Code postal* : Ville* : Pays : FRANCE

BIC* :

IBAN* :

Paiement : Récurrent

Fait à :

Le :

Signature* :

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.