



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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

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

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

**Référence Unique du Mandat (n° contrat)**

**Identifiant créancier SEPA** FR76ZZZ420592

**Débiteur (client) :**

**Créditeur :**

**Nom**

**Nom**

SAEMES

**Adresse**

**Adresse**

1, rue Léon Cladel

**Code Postal**

**Ville**

**Code Postal** 75002

**Ville** PARIS

**Pays**

**Pays**

France

**IBAN**

**BIC**

**Paiement**  Récurrent/Répétitif  Ponctuel

A \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

**Signature du Débiteur (Client) :**

Merci de renvoyer cet imprimé dûment rempli à la SAEMES en y joignant obligatoirement un relevé bancaire.