



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA (Joindre un R.I.B)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) AFIGEC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AFIGEC.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Les champs marqués sont obligatoire(*)

1- Données débiteur

NOM PRENOM/RAISON SOCIALE*
ADRESSE*
CODE POSTAL* VILLE*
PAYS*
E-MAIL*

2- Informations coordonnées bancaires

IBAN*
Coordonnées De Votre Compte
BIC – SWIFT*
Code international d'identification de votre banque
SIREN/SIRET

3- Informations Créancier

AFIGEC
32 AVENUE D'ALBI
81100 CASTRES
France
ICS : FR77ZZZ661910

4- Information type de paiement

Type de paiement Paiement récurrent/ répétitif Paiement ponctuel

5- Signature

Signé à
Date*
Signature(s)

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'exercices, 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.