

MANDAT SEPA

Réf. Unique de Mandat

Nom Créancier/Logo

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **CENTRE DE DANSE VINOGRADOFF** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte; et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **CENTRE DE DANSE VINOGRADOFF**

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.

Nom du Client

Nom/ Prénom ou Raison sociale du débiteur

Adresse du Client

Numéro et nom de la rue

Code Postal

Ville

Pays

Coordonnées
Bancaires
du Client

Numéro d'Identification International du compte bancaire-IBAN

Code International d'Identification de votre Banque - BIC

Nom du Créancier

CENTRE DE DANSE VINOGRADOFF

Identifiant du Créancier

FR89ZZZ579632

Adresse du Créancier

565 AVENUE DU GENERAL GOURAUD
83200 TOULON

Type de Paiement

Paiement Récurrent/ Répétitif

Paiement Ponctuel/ Unique

Lieu

Date

Signatures

Signature du client

CENTRE DE DANSE VINOGRADOFF

Votre Signature + tampon société

Référence du
Contrat Client

(optionnel)

A retourner à:

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier