MANDAT de Prélèvement SEPA (cadre réservé uniquement au service comptable)

Référence unique du mandat

Référence Famille _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LEAP LA TOUCHE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de LEAP LA TOUCHE sis à PLOERMEL CEDEX.

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. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

MERCI DE REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES LA PARTIE CI-DESSOUS

(Nous retourner ce document avec un R.I.B.)

Votre Nom Prénom
(Représentant Payeur) _____

Votre adresse:

Numéro et nom de la rue _____

Code postal _____

Ville _____

Pays _____

Coordonnées de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN :

Code international d'identification de votre banque - BIC :

Créancier

Nom	LEAP LA TOUCHE
Identifiant ICS	FR98ZZZ277509
Numéro et nom de la rue	B.P. 38
Code postal	56801
Ville	PLOERMEL CEDEX
Pays	FRANCE

Prélèvement le 10 du mois

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

Signé à (Lieu) : _____ le : ☐☐ ☐☐ ☐☐.☐

Signature(s)

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