MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ARA TELECOM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de ARA TELECOM, Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Référence unique du mandat : .....

Identifiant créancier SEPA : **FR26ZZZ653613**

Débiteur :

Votre Nom : .....

Votre adresse : .....

.....

Code Postal : ..... *Ville:* .....

Pays : .....

Créancier

Nom : **ARA TELECOM**

Adresse : **1, avenue Pierre Pfimlin**

Code Postal : **68390** *Ville:* **SAUSHEIM**

Pays : **France**

IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Paiement : [X] Récurrent / Répétitif [ ] Ponctuel

Fait à : .....

Le : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Signature :

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat.