MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (RUM) (réservé à Institut Chuzhen) :

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

Institut Chuzhen de médecine chinoise
10 boulevard de Bonne Nouvelle
75010 Paris

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société Institut Chuzhen de médecine chinoise à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Institut Chuzhen de médecine chinoise.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat

Débiteur (vous - titulaire du compte à débiter)

Nom et Prénom : (*) .....

Adresse : (*) .....
.....

Code Postal : (*) .....

Ville : (*) .....

Pays : (*) .....

Votre Compte :

BIC : (*) | | | | | | | | | | | |

IBAN : (*)

Nom du créancier : **Institut Chuzhen de Médecine Chinoise**
Identifiant du créancier (ICS) : FR17ZZZ446292
Adresse du créancier : 10 Boulevard de Bonne Nouvelle
75010 Paris, France

Type de paiement : ☐ Récurrent/Répétitif (selon échéancier du contrat/convention de formation)
☐ Ponctuel

Le (*) :
À (*) :

Signature (*) :

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.