SARL CLEOP

Mandat de prélèvement SEPA

4 avenue Marcel Cerdan
44000 Nantes

Téléphone : +33 2 85 52 30 01

Mail : contact@socleo.com

Coordonnées

Nom de l'organisation * : .....

Nom / prénom du représentant* : .....

Adresse* : .....

Code postal* : ..... Ville* : .....

Veuillez compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) CLEOP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CLEOP. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Périodicité des factures et prélèvements ☐ Mensuelle ☐ Semestrielle

RUM :

Créancier : **SARL CLEOP, 4 avenue Marcel Cerdan, 44000 Nantes, I.C.S : FR24ZZZ805163**

Coordonnées bancaires :

IBAN* :

BIC* :

Signé à* : ..... Le* :

Signature(s)* :