

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

Cadre réservé à KARMAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) KARMAN S.A.S. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de KARMAN S.A.S..

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.

Créancier

Identifiant créancier SEPA (ICS):

F	R	1	8	Z	Z	Z	8	7	0	3	0	B
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nom du créancier : KARMAN S.A.S.

Adresse (N° et rue) : 8 rue du Docteur Roux

Code postal et ville : 33150 CENON

Pays : FRANCE

Débiteur

Nom du débiteur :

Adresse (N° et rue) :

Code postal et ville :

Pays :

N° de compte IBAN :

Code BIC :

N° de contrat sous-jacent :

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

POUR UN PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT

Signature :

Date (jour/mois/année)

..... / /

Lieu

.....