

Mandat de prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat (RUM) :

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : **FR36ZZZ89F214**

Informations du créancier (entreprise)

Nom / Raison sociale : My Implant Passport

Adresse : 83 boulevard Exelmans, 75016 Paris, France

SIREN : 983 502 394

Téléphone / Email :

Informations du débiteur (client particulier)

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal / Ville / Pays :

IBAN :

BIC :

Texte du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez My Implant Passport à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de My Implant Passport.

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 un délai de 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Type de paiement

☐ Paiement récurrent mensuel (ex. factures mensuelles)

Lieu et date

Fait à le/...../.....

Signature du débiteur

(Signature précédée de la mention "Lu et approuvé")

.....