MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **SAS DOCTINNOVATION (enseigne Doctibike)** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SAS DOCTINNOVATION (enseigne Doctibike)**.

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,

*Veuillez compléter les champs marqués **

Votre Nom *……1

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *……2

Numéro et nom de la rue

*……3

Code Postal Ville

*……4

Pays

Les coordonnées de votre compte * 5

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

6

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier DOCTINNOVATION - DOCTIBIKE

Nom du créancier

ICS F R 3 6 Z Z Z 8 5 1 7 0 1

Identifiant créancier SEPA 8

11 AVENUE BEL AIR

Numéro et nom de la rue

*6 9 1 0 0 *…VILLEURBANNE ……10

Code Postal Ville

FRANCE

Pays

Type de Paiement * Paiement récurrent / répétitif ☐ 12

Signé à *……2 13

Lieu Date

Signature(s) *Veuillez signer ici

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur *……14

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) *……15

Nom du tiers débiteur: si votre paiement concerne un accord passé entre *(NOM DU CREANCIER)* et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

*……16

Code identifiant du tiers débiteur

*……17

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

……18

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné ……19

Numéro d'identification du contrat

……20

Description du contrat

A retourner à:	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier