MANDAT de Prélèvement SEPA

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

*Veuillez compléter les champs marqués **

Votre Nom *

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *

Numéro et nom de la rue

*

Code Postal

*

Ville

Les coordonnées de votre compte *

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

*

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

*

Nom du créancier

* DPDM FITNESS

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif

Le

À

Signature /

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