MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA / **Prélèvement récurrent**

MONTANT : € / Mois Date de 1er échéance :

Identité du payeur, Titulaire du Compte :

SOCIETE : _____

☐ Mme ☐ M. NOM_____Prénom_____

Adresse _____

Code Postal __ __ __ __ __ Ville_____ Pays _____

Coordonnées bancaires – Désignation du compte à débiter :

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Désignation du Créancier :

SOLUTION PAIEMENT
5 Rue piétonne
Rivière Roche
97200 FORT DE FRANCE
FR60ZZZ443481

En signant ce formulaire de mandat de prélèvement SEPA, vous autorisez SOLUTION PAIEMENT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. 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 représentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre banque pour un prélèvement autorisé.
NB : Vos droits concernant le présent mandat prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à …… Le …….. Signature :

N'oubliez pas de signer et de joindre un RIB comportant les mentions BIC-IBAN