

Mandat de Prélèvement



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **SAS TRANSPORTS LE COEUR** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SAS TRANSPORTS LE COEUR**



Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR26ZZZ408591**

Débiteur :

Créancier :

Votre nom : _____

TRANSPORTS LE COEUR

Votre adresse : _____

Avenue de Mortemart

Code postal : _____ Ville : _____

29120 COMBRIT

Pays : _____

FRANCE

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

A : _____

Le :

Mois d'échéance :

Oct Nov Déc Janv Fév

Signature :

Veillez compléter tous les champs du mandat et cocher les mois d'échéances souhaités.