MANDAT DE Prélèvement SEPA

Référence Unique de Mandat (à remplir par Precilens)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LABORATOIRES PRECILENS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions des LABORATOIRES PRECILENS.
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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

*Tous les champs doivent être renseignés

Identité du Débiteur *.....

Votre adresse * .....
Numéro et nom de la rue

* ..... * .....
Code Postal et Ville Pays

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)

Coordonnées du Créancier : SAS LABORATOIRES PRECILENS

Adresse du Créancier : 25 rue Auguste Perret
94046 CRETEIL CEDEX
France

N° ICS : FR63ZZZ454970

Type de paiement* - Paiement récurrent / répétitif ☐ - Paiement ponctuel ☐

Signé à *…….
Lieu

Le*

Signature & Cachet :
(obligatoires)

A retourner à (accompagné d'un RIB):

SAS Laboratoires Precilens – Service Comptabilité
25 rue Auguste Perret – 94000 CRETEIL Cedex Fax : 01.45.13.18.54

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