Cadre réservé au Laboratoire Precilens :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Référence Unique de Mandat (RUM)

Precilens
L'INNOVATION VISUELLE SUR MESURE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Laboratoire Precilens à envoyer des instructions à votre banque afin de débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Laboratoire 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.*

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

**** champs obligatoires***

Identité du débiteur * : _____

Adresse * : _____

Numéro et nom de la rue

_____ _____

Code postal et ville *Pays*

Coordonnées bancaires * :

IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Type de paiement :

☑ Récurrent/répétitif

Coordonnées du créancier :

Adresse : LABORATOIRE PRECILENS
25 rue Auguste Perret
94000 Créteil
FRANCE

N° ICS : FR63ZZZ454970

Signé à * : .....

Le * : ...../...../.....

Signature et cachet * :

Ce document est à retourner accompagné d'un RIB.