

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la société AVIDOM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société AVIDOM.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 3 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Merci de joindre un RIB à cette autorisation de prélèvement

CRÉANCIER

AVIDOM

13, rue Niepce

75014 Paris

Identifiant SEPA (ICS) : FR90ZZZ511520

DÉBITEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

IBAN :

BIC :

Dates de prélèvement : le 8 le 15 le 28 (entourez la date souhaitée)

Le

Signature du client

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