

MANDAT SEPA

Réf. Unique de Mandat

Nom Créancier/Logo

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **LA VIE AGRICOLE**
à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte; et (B) votre banque à débiter votre
compte conformément aux instructions de **LA VIE AGRICOLE**
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.

Nom du Client

Nom/ Prénom ou Raison sociale du débiteur

Adresse du Client

Numéro et nom de la rue

Code Postal

Ville

Pays

Coordonnées
Bancaires
du Client

Numéro d'Identification International du compte bancaire-IBAN

Code International d'Identification de votre Banque - BIC

Nom du Créancier

LA VIE AGRICOLE

Identifiant du Créancier

FR33ZZZ562695

Adresse du Créancier

54 BOULEVARD GAL DE GAULLE

06340 LA TRINITE

Type de Paiement

Paiement Récurrent/ Répétitif

Paiement Ponctuel/ Unique

Lieu

Date

Signatures

Signature du client

LA VIE AGRICOLE

Votre Signature + tampon société

Référence du
Contrat Client

.....

A retourner à:

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier