

ANNEXE 1 : MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OLAQIN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'OLAQIN.

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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

PAIEMENT RECURRENT

Débiteur

Votre nom _____

Votre adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Identifiant créancier SEPA (ICS) : FR44ZZZ862C9F

Créancier

Nom : **OLAQIN**

Adresse : 28 quai Gallieni

Code postal : 92150

Ville : Suresnes

IBAN

BIC

Référence Unique du Mandat (RUM) :

(Référence communiquée ultérieurement par OLAQIN)

A _____

Date _____

Signature :

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

Veillez joindre un RIB en complément de ce mandat.