A retourner avec votre commande accompagné d'un RIB

ICS : FR50 222 422 418	**Mandat de prélèvement SEPA**	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CARENE OU STRAN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CARENE OU STRAN
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.

Référence unique du mandat

NOM – PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	**DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER**
NOM Adresse CP Ville	IBAN – BIC –

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif : X Paiement ponctuel : ☐

Fait à SAINT NAZAIRE Signature :
Le

Note : vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.