

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT À NOUS RETOURNER AVEC UN R.I.B.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

F R 5 7 Z Z 5 8 4 3 7 9

IMCP Institut du Marais – Charlemagne – Pollès

VOTRE NOM

Nom / Prénoms du débiteur

VOTRE ADRESSE

Numéro et nom de la rue

Code postal

Ville

Pays

LES COORDONNÉES

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

DE VOTRE COMPTE

Code International d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

NOM DU CRÉANCIER

INSTITUT DU MARAIS – CHARLEMAGNE – POLLES

Nom du créancier

FR57ZZZ584379

Identification du créancier

9 RUE DIEU

Numéro et nom de la rue

Code Postal

PARIS

Ville

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif

Paiement Ponctuel

SIGNÉ À

Lieu

Date jj/mm/aaaa

SIGNATURE

Veuillez signer ici

Signature box

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