

Référence unique du mandat\*

*\*Cette référence vous sera communiquée avec votre première facture.*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. 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 et contesté.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**CREANCIER**

Identifiant

FR 75 ZZZ 580660

Nom

POLE SANTE TRAVAIL DES PYRENEES-ORIENTALES

Adresse

1-3 RUE IBN SINAÏ DIT AVICENNE

Code postal

66330

Ville

CABESTANY

**DEBITEUR**

Société

Adresse

Code postal

Ville

N° adhérent

IBAN

BIC

Merci de joindre obligatoirement un RIB.

- Paiement récurrent / répétitif
- Paiement ponctuel / unique

Je désire être informé(e) de la mise en prélèvement de mes factures

Adresse mail

**Nom et fonction du signataire :**

Date, signature, cachet