MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM : Référence unique du mandat

En signant ce formulaire, vous autorisez PHR GESTION à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de PHR GESTION. 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 du débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom : ……, **Prénom :** ……

Adresse : ……

CP : ……, **Ville :** ……, **Pays :** …….

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IBAN : Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC : Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent ☐, **le** …… de chaque mois.

Fait à : …… **le :** …… **Signature :**

CRÉANCIER

Nom : **PHR GESTION**
ICS : **FR 86 ZZZ 508973**
Adresse : **69 avenue Kennedy – 33700 MERIGNAC - FRANCE**

Les Informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que par le créancier et 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.