

Mandat de prélèvement SEPA Single Euro Payments Area Espace unique de paiement en euros	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) <u>Plus Que Pro</u>			
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de <u>Plus Que Pro</u>			
	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.			
	Référence unique du mandat (RUM) :		Identifiant créancier SEPA : FR34ZZZ652402	
	Débiteur :		Créancier :	
Votre Nom		Nom	Plus Que Pro	
Votre Adresse		Adresse	13 rue de La Haye	
Code postal	Ville	Code postal	67300	Ville SCHILTIGHEIM
Pays		Pays	France	
IBAN				
BIC				
Tiers débiteur		Paiement :	☒ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel	
A :		Tiers créancier		
		Le :		
Signature :		Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.		
Veuillez compléter tous les champs du mandat.				
Les informations contenues dans le présent mandat 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'oppositions, d'accès et de rectification 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.				

✂-----

Mandat de prélèvement SEPA Single Euro Payments Area Espace unique de paiement en euros	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) <u>Plus Que Pro</u>			
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de <u>Plus Que Pro</u>			
	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.			
	Référence unique du mandat (RUM) :		Identifiant créancier SEPA : FR34ZZZ652402	
	Débiteur :		Créancier :	
Votre Nom		Nom	Plus Que Pro	
Votre Adresse		Adresse	13 rue de La Haye	
Code postal	Ville	Code postal	67300	Ville SCHILTIGHEIM
Pays		Pays	France	
IBAN				
BIC				
Tiers débiteur		Paiement :	☒ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel	
A :		Tiers créancier		
		Le :		
Signature :		Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.		
Veuillez compléter tous les champs du mandat.				
Les informations contenues dans le présent mandat 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'oppositions, d'accès et de rectification 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.				