Mandat de prélèvement

SEPA
Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIMETRA à envoyer des instructions à votre instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre aux instructions SIMETRA.
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.

simetra
Santé au travail Adour Pays Basque

Service interentreprises de santé au travail
agréé par le ministère du travail le 29 avril 1953 pour l'application de la médecine du travail. Loi du 11 octobre 1946.

Référence unique du mandat : .....

DÉBITEUR :

Votre nom : .....

Votre adresse : .....

.....

Code postal : .....Ville : .....

Pays : .....

Identifiant créancier SEPA : FR 11 ZZZ 448 146

CRÉANCIER :

Nom : **SIMETRA**

Adresse : Bâtiment "Le Récif" - 26 Allée Marie Politzer

Code postal : 64200 Ville : Biarritz

Pays : France

IBAN

BIC

Paiement : X Récurrent/répétitif

A : ..... 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.