



Créancier : SASP OGC NICE
19 boulevard Jean Luciano
06201 NICE CEDEX 3 - France

Mandat

de prélèvement SEPA

FR54ZZZ832D47

Identifiant créancier SEPA

_____Référence unique du mandat_____

Coordonnées
bancaires

_____BIC_____

_____IBAN_____

Nom :

_____Raison Sociale_____

Civ.

_____Prénom_____

_____Nom_____

Adresse :

_____Ligne1_____

_____Ligne2_____

_____Code postal_____

_____Ville_____

_____Pays_____

Numéro de mobile :

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

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

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

A _____ le __ / __ / _____

Signature