

MANDAT de Prélèvement SEPARéférence du mandat :
.....Créancier :
TRADIGEST

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez TRADIGEST à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et _____ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de TRADIGEST.
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.

Votre Nom :
Votre adresse : Numéro et nom de la rue Code Postal et Ville
Votre pays :
Les coordonnées de votre compte : Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier :	TRADIGEST
Identifiant du créancier :	FR65ZZZ617021
Adresse du créancier :	5 ROUTE DE GERAUDOT Numéro et nom de la rue 10220 ROUILLY SACEY Code Postal et Ville
Pays du créancier :	FR
Type de paiement :	<input checked="" type="checkbox"/> Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel
Signé à Lieu et Date
Signature(s) :	

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

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :