

**MANDAT de prélèvement SEPA**

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'établissement ESP SAINT GENES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de ESP SAINT GENES sis à BORDEAUX CEDEX.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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 votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

**Votre nom :** \_\_\_\_\_**Votre référence :** \_\_\_\_\_**Votre adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Coordonnées de votre compte :**

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN

\_\_\_\_\_

Code international d'identification de votre banque - BIC

\_\_\_\_\_

**Créancier :**

Nom ESP SAINT GENES

Identifiant ICS FR84ZZZ280283

Adresse 160 Rue de SAINT GENES

33081 BORDEAUX CEDEX

**Type de paiement :**Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel 

Signé à (Lieu) : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

**Signature(s)**

**A RETOURNER POUR TOUT NOUVEAU PRELEVEMENT  
OU CHANGEMENT DE DOMICILIATION BANCAIRE**