

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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

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.

Débiteur :

Votre Nom _____ Votre Prénom _____

Votre Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent

Créancier :

Identifiant créancier SEPA : **FR70ZZZ522744**

Nom : **YS SERVICES**

Adresse : **2 Rue Marcel Langer**

Code postal **31600** Ville **Seysse** Pays : **FRANCE**

À :

Signature :

Le :

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

Veillez compléter tous les champs du mandat.