MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

A retourner complété et signé accompagné obligatoirement de votre Relevé d'Identité Bancaire

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
NOM* : PRENOM* : ADRESSE* : CODE POSTAL* : VILLE* : **IBAN*** **BIC*** Paiement : Récurrent, à durée libre, prélèvements mensuels basés sur le tarif d'un an en vigueur	Identifiant créancier SEPA : FR59ZZZ420995 SAECNO Service des Abonnements 1, rue Léopold Sedar Senghor Colombelles – CS 50634 14914 CAEN CEDEX 9

A* : Le* : Signature* :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : SAECNO **à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte** conformément aux instructions de SAECNO
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. Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Vous pourrez demander à tout moment la résiliation de votre abonnement en contactant notre service abonnement au 02.31.70.88.27.

***Veuillez compléter les champs du mandat**