AM'TECH médical

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM (Référence Unique de Mandat)

En signant ce formulaire de Mandat, le débiteur autorise AM'TECH Médical à envoyer des instructions à sa banque pour débiter son compte, et sa banque à débiter son compte conformément aux instructions d'AM'TECH Médical.

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

Coordonnées du Débiteur :

Raison Sociale : ______________________________ SIREN : ____________________________

Adresse : ______________________________ Code Postal : ____________________________

____ Commune : ____________________________

Coordonnées du compte bancaire du Débiteur : ***(Joindre imperativement un RIB à ce Formulaire)***

Numéro d'Identification international ducompte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code International d'Identification Banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de Paiement : Récurrent / Répétitif

Coordonnées du Créancier :

Am'Tech Médical - 5, Rue Pierre Midrin - 92310 SEVRES

SAS au capital de 37.000 € - B 408 496 529 RCS NANTERRE

Numéro I C S

FR94 ZZZ 427 252

Signé à ______________________________ , Le ___/___/_____

Signature et cachet de la société :