

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez REPAM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de REPAM.

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 éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CRÉANCIER

REPAM
217 Cours Lafayette
CS 50313
69451 LYON Cedex 06

IDENTIFIANT CRÉANCIER SÉPA

FR89ZZZ420164

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT

(NE PAS REMPLIR)

LE DÉBITEUR (veuillez compléter les champs suivants en majuscules)

Nom / Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Coordonnées bancaires du compte à débiter (**Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire**) :

IBAN :

BIC :

LE TIERS-DÉBITEUR (si différent du DÉBITEUR)

Nom / Prénom :

Si vous payez la facture d'une autre personne veuillez indiquer ici son nom et prénom.

Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Type de paiement : Récurrent

Fait à :

Le :

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

Signature :

À retourner à :

REPAM
Service de gestion santé
TSA 29653
38040 GRENOBLE Cedex 9