

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA DIRECT DEBIT - SDD

➔ Ce document est à envoyer à l'adresse mail [recouvrement@laboratoire-labeo.fr](mailto:recouvrement@laboratoire-labeo.fr)

## IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

*Vous vous engagez avec l'entreprise suivante :*



Nom

Adresse

Code Postal  Ville

ICS

### Conditions générales d'utilisation de votre mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) GIP LABÉO à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de paiement de GIP LABÉO. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement 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 débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

## IDENTIFICATION DU CLIENT

*En ce qui vous concerne, nous avons besoin des éléments suivants :*

Votre nom et prénom

Nom

Prénom

N° client

Votre adresse

N° et rue

Code Postal  Ville

Votre adresse mail

Vos coordonnées bancaires

BIC   
*Le BIC est le Code International d'Identification de votre banque*

IBAN   
*Votre IBAN est le numéro d'identification internationale de votre compte.*

Type de paiement

Récurrent  Ponctuel

Votre signature

Date  Ville   
*Date de signature de votre mandat* *Lieu de signature de votre mandat*

*Votre signature validant votre autorisation*

### Cadre réservé à LABÉO

#### RÉFÉRENCE DU MANDAT

*Cette référence unique du mandat est à conserver et à rappeler dans tous vos courriers*

#### RÉFÉRENCE DU CONTRAT

N° d'identification du contrat

Description du contrat