MANDAT SEPA

Référence Unique du Mandat (RUM) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- ***CRÉANCIER***
  Nom du créancier : **FILIADPA SAS**
  Identifiant du créancier : **FR87222359866**
  Adresse : **5 bis rue du Tour-de-l'Eau 38400 Saint-Martin-d'Hères**
- TYPE DE PAIEMENT : **Paiement récurrent / répétitif**
- *DÉBITEUR* (abonné par défaut)
  Nom et prénom :
  Adresse :
- **AUTRE DÉBITEUR**
  Nom et prénom :
  Adresse :
- ***LES COORDONNÉES DU COMPTE***
  IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire
  Etablissement - Guichet - N°compte - Clé RIB
  BIC - Code international d'identification de votre banque
  Nom de la banque :
  Domiciliation :
  En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (le créancier) Téléassistance Sud-Isère Filiadpa SAS, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Filiadpa SAS.

  Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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
  - sans tarder et au plus tard dans les 13mois en cas de prélèvement non autorisé

  Signé à : **inscription en ligne**

  Le, **……..** à **…….**

  Signature de l'abonné :

  FILIADPA SAS :

  Version de mandat n°TSIM160924