

Référence  
Unique du  
Mandat

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

L E O L A G R A N G E O U E S T / M B 1



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASS.LEO LAGRANGE OUEST à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASS.LEO LAGRANGE OUEST.

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 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Veuillez compléter les champs marqués \***

**Votre nom \*** .....  
Nom / Prénoms du débiteur

**Votre adresse \*** .....  
Numéro et nom de la rue  
.....  
Code Postal ..... Ville .....

**Les coordonnées de votre compte \*** .....  
Pays .....  
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)  
.....  
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)  
.....

**Nom du créancier \*** du ASS.LEO LAGRANGE OUEST.....  
Nom du créancier

**I. C. S \*** | F | R | 4 | 1 | Z | Z | Z | 5 | 8 | 6 | 8 | 0 | 1 | .....  
Identifiant Créancier SEPA

**Adresse du créancier** du 23 RUE ETOILE DU MATIN...BP 324.....  
Numéro et nom de la rue  
| 4 | 4 | 6 | 1 | 5 | SAINT-NAZAIRE Cédex.....  
Code Postal ..... Ville .....  
FRANCE.....  
Pays

**Type de paiement \*** de Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

**Signé à \*** .....  
Lieu ..... Date | | | | |

**Signature(s) \*** Veuillez signer ici  
.....

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

## Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif

**Code identifiant du débiteur** .....  
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

**Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)** .....  
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre {NOM DU CREANCIER} et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.  
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

**Tiers créancier** .....  
Code identifiant du tiers débiteur

**Tiers créancier** .....  
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.  
Code identifiant du tiers créancier

**Contrat concerné** .....  
Numéro d'identification du contrat  
Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

**A retourner à :LEO LAGRANGE OUEST  
23 RUE ETOILE DU MATIN - BP 324  
44615 SAINT-NAZAIRE Cédex**

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier