



MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat (RUM) _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ACTIF TELECOM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ACTIF TELECOM.

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.

Nom/Prénom ou Raison sociale

SIREN

Votre adresse Numéro et nom de la rue :

Code postal :

Ville :

Les coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--

Code international d'identification de votre banque – BIC

--

Créancier : ACTIF TELECOM
29, rue de la Paix 33150 CENON

Identifiant du créancier (ICS) : FR43ZZZ631094

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à 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 No78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Signature et tampon :

Date :

Signé à :

--