

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
CPTS DU PAYS DE LERINS 84 RUE D ANTIBES 06400 CANNES	ICS : FR28ZZZ8810B3
<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CPTS DU PAYS DE LERINS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CPTS DU PAYS DE LERINS. 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 de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.</p>	
Référence Unique du Mandat : EDI2134982RU0000026	
RAISON SOCIALE / NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER
	<div>-----IBAN-----</div> <div></div> <div>Numéro d'identification international du compte bancaire</div>
	<div>-----BIC-----</div> <div></div> <div>Code international d'identification bancaire</div>
TYPE DE PAIEMENT	
Païement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Païement ponctuel <input type="checkbox"/>	
Fait à : <div></div>	Signature :
Le : <div></div>	
Personne à contacter pour modifier ou révoquer un mandat de prélèvement (modification des coordonnées bancaires, réclamation) : Raison sociale du créancier : <u>CPTS PAYS DE LERINS</u> Nom du contact : <u>Dr. B. CECCARELLI TRESORIER</u> Adresse : <u>84 RUE D'ANTIBES 06400 CANNES</u> Téléphone : <u>+337.82.87.07.59</u> Courriel : <u>cptspaysdelerins@gmail.com</u>	
<p>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 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</p>	