Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **Koupat Rabbi Meïr Baal Haness** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **Koupat Rabbi Meïr Baal Haness**.
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 huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les treize mois en cas de prélèvement non autorisé.

*Veuillez compléter les champs marqués d'un **

Référence unique du mandat :

Débiteur :

Votre Nom* : _____
Nom et Prénom du débiteur

Votre adresse* : _____
Numéro et nom de la rue

Code Postal* : |_|_|_|_|_| Ville* : _____

Pays* : _____

IBAN*: |_|_|_|_|