



Le BIC / IBAN figure sur votre Relevé d'Identité Bancaire.
Veuillez compléter tous les champs du mandat.

Agrafez votre RIB ici :

N° de dossier

N° d'Adhérent

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez COFIDIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de COFIDIS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Référence Unique de Mandat (RUM) : elle vous sera communiquée par courrier avec votre tableau d'amortissement.

DÉBITEUR :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Pays :

Numéro d'ICS
FR28ZZ151408

CRÉANCIER :

COFIDIS
59866 VILLENEUVE D'ASQ CEDEX

COMPTE :

BIC :

IBAN :

Paiement : ☒ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

Le : à :

SIGNATURE:

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

Prière de renvoyer cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.), Postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.).