MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA
Pass Liberté

Merci d'écrire en majuscules

Référence unique du mandat : _____ *Emplacement réservé à la Setram*

Identifiant du créancier (ICS) : FR30ZZZ461772

☒ Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel

PAYEUR

☐ M. ☐ Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __ __ ____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : __ __ __ __ __

Mail : _____

PERSONNES RATTACHÉES À MON CONTRAT

☐ M. ☐ Mme Numéro d'abonné : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __ __ ____

RUM : _____

☐ M. ☐ Mme Numéro d'abonné : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __ __ ____

RUM : _____

☐ M. ☐ Mme Numéro d'abonné : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __ __ ____

RUM : _____

Feuillet à conserver par la Setram

Les informations contenues sur ce formulaire qui doit être complété sont destinées à n'être utilisées par la Setram que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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'information, aux fichiers et aux libertés. En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Setram à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Setram. vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présente dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pourrez obtenir auprès de votre banque.

Date : Signature :

Renseignements : Service clients 02 43 24 76 76