**MANDAT**

**PRELEVEMENT SEPA**

Single Euro Payments Area



En signant ce formulaire, vous autorisez la société SERVIPHAR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société SERVIPHAR pour le compte de CEVA PHARMA.

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, et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Nom Client :

Adresse : Contrat :

Fourniture de :

CP et ville :

Pays : CEVA PHARMA Dépôt

13 Rue Pierre Boulanger

63 300 LEMPDES

Paiement : Récurrent ou Unique

Signature :

A débiter sur :

BIC:

A Le :

Ne rien inscrire sous ce trait

IBAN FR 7 6 1 0 0 9 6 1 8 1 0 0 0 0 0 6 4 4 8 7 8 1 2 2 7 BIC: C M C I F R P P

Référence Unique du mandat: CP0+n° CLIENT Identifiant Créancier Sepa : F R 8 7 Z Z Z 6 1 4 3 9 4