



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'

SAS JF Accueil & Formation

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l' **SAS JF Accueil & Formation**

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 du mandat :

Identifiant créancier SEPA :

FR 78 ZZZ 85F982

Débiteur :

Créancier :

Votre Nom

Nom

SAS JF Accueil & Formation

Votre Adresse

Adresse

47-50 rue Alphonse Darmaillacq

Code postal

Ville

Code postal

49 300

Ville

CHOLET

Pays

Pays

France

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement :

Récurrent/Répétitif

Ponctuel

A :

Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Veillez compléter tous les champs du mandat.