

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'ATELIER LOFFET S.A.S à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ATELIER LOFFET S.A.S.
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.
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Coordonnées du débiteur :

Nom, Prénom :

Adresse :

:

Pays :

IBAN : _____

BIC : _____

Coordonnées du créancier :

Nom : Atelier Loffet s.a.s
ICS : FR96ZZZ86852E
4 rue du Commandant Cousteau
56 850 Caudan
France

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Signé à le :

Signature :