MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA CORE

LABORATOIRES du CAP-FERRET

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé par mail,
accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante

pro@laboratoires-cap-ferret.com

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société Laboratoires du Cap-Ferret à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Laboratoires du Cap-Ferret.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

TYPE DE PAIEMENT: RÉCURRENT

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (réservée au créancier) :

IDENTIFICATION DU DÉBITEUR

RAISON SOCIALE Pharmacie Barabinot Merle

NOM PRÉNOM

ADRESSE 1 bis place d'Aine

VILLE Limoges

CP 87000 PAYS France

IBAN FR76 3004 7142 6600 0212 6810 BIC CMCIFRPP

IDENTIFICATION DU CRÉANCIER

ICS FR81ZZZ8532AD

NOM LABORATOIRES DU CAP-FERRET

ADRESSE 68, RUE DE LA ROUSSELLE

VILLE BORDEAUX

CP 33000 PAYS FRANCE

LE 21.08.2019

À LIMOGES

SIGNATURE

IBARABINOT-MERLE

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.