MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat (R.U.M.)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez PRO EXPERT SOLAIRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ***PRO EXPERT SOLAIRE.***

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.

NOM - Prénom du débiteur :

Adresse : *Numéro et nom de la rue :*

Code postal : *Ville :* *Pays :*

Coordonnées du compte :

IBAN

BIC

NOM DU CREANCIER : **PRO EXPERT SOLAIRE**

I.C.S. **F R 5 7 Z Z Z 8 5 4 7 1 8**

Adresse : *7 Rue Albert TURPAIN*

Code postal : **17000** *Ville :* **LA ROCHELLE** *Pays : FR*

Type de paiement Paiement récurrent/répétitif [X] Paiement ponctuel [ ]

Signé à : Date *J J M M A A A A*

Signature(s)

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