ODYSSI

MANDAT DE PRELEVEMENT

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

ODYSSI-Fin-Fac-MAJ-CMI-19/10/16

ODYSSI SOLUTIONS SERVICES
LE SERVICE DES PROFESSIONNELS

Informations relatives au contrat

Référence :.....

Société :.....

SIRET/SIREN : .....

Nom & Prénoms du responsable :.....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ODYSSI à envoyer des instructions à votre banque pour le débit de votre compte.
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 à votre banque, dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

DEBITEUR : TITULAIRE DU COMPTE

(Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est à effectuer)

Société :.....

Adresse : .....

.....

Adresse e-mail : .....

Téléphones : Fixe : 0596..... GSM : 0696.....

Les coordonnées de votre compte :

IBAN : /...../...../...../