

MANDAT SEPA

Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez UGIP ASSURANCES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de UGIP ASSURANCES.

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, et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.



NOM, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE :

H. PHILIPPE MARTINE
432 CHEMIN DE GRANGÈRE DEBOUF
01700 BEYNOST

Paiement : Récurrent Unique

POUR LE COMPTE DE :

SOLOGNE FINANCES / C.E.C.
73 - 75, Rue Brillat-Savarin
75013 PARIS

N°IBAN :

F R Z 6 1 3 8 2 5 0 0 2 0 0 0 4 5 4 8 0 8 5 7 7 9 4 9

Numéro d'identification International du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

N°BIC :

C E P A F R P P 3 0 2

Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier Code)

Le : 12/10/2016
SIGNATURE :

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) : UGIP*

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS) : FR 61 UGI 627957