

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

MERCI DE JOINDRE ÉGALEMENT UNE COPIE DE RIB OBLIGATOIREMENT SVP

DÉBITEUR :

Nom structure

Contact habilité

Adresse

Code postal

Ville

Pays

IBAN

BIC

Tiers débiteur

CREANCIER :

Référence unique du mandat

Identifiant créancier SEPA

FR88ZZZ637947

Nom ONLINE SANTÉ

Adresse 9 Avenue de la Jalière

Code postal 44700

Ville Orvault

Pays France

ONLINE SANTE, immatriculé au RCS de Nantes sous le numéro 539 751 974, sise 9 Avenue de la Jalière, 44700 Orvault, n° TVA intracommunautaire FR14 539751974

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ONLINE SANTÉ à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ONLINE SANTÉ. 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 du débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, ou 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. 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. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

7 – DATEZ ET SIGNEZ

Fait à

Le

NOM COMPLET, FONCTION ET SIGNATURE D'UN REPRÉSENTANT HABILITÉ DE LA STRUCTURE

Nom

Fonction