



Identifiant du créancier (ICS) : FR51475511834

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA CORE

REFERENCE UNIQUE DE MANDAT :
Cadre réservé à Keolis Agen

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Keolis Agen à envoyer des instructions à votre banque pour débitez votre compte et votre banque à débitez votre compte conformément aux instructions de Keolis Agen. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Nom et Prénom de l'abonné :

Titulaire du compte à débitez

Nom et Prénom :

Adresse:.....

Code postal :.....Ville :.....

Téléphone Fixe :.....Téléphone Mobile :.....

Adresse e-mail :.....

Abonnement annuel TEMPO : 22,00 € autour du 7 de chaque mois

10 prélèvements du au

IBAN : (International Bank Account Number) – Numéro d'identification nationale du compte bancaire

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC : (Bank Identifier) – Code international d'identification de votre banque

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fait à :

Date :

Signature :

--

