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 débiter votre compte et votre banque à débiter 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 débiter**

**Nom et Prénom :** ……:……

**Adresse**:……

Code postal :……Ville :……..

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

Adresse e-mail :……

**Abonnement annuel TEMPO : 25,00 € 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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

Merci de fournir un RIB

Fait à : ……..

Date : ……

Signature :

**Réseau de Transport Public Urbain de l'Agglomération d'Agen Siège social** : Z.I Laville - Rue Georges Clemenceau 47240 BON ENCONTRE
SARL au capital de 186.250 € - RCS Agen n° 487 875 593 - Tél. : 05.53.98.15.00. Fax : 05.53.68.04.92
**Agence Commerciale TEMPO** : Gare d'Agen - 1 Place Rabelais - 47000 AGEN - Tél : 05 53 48 90 10 - Courriel : tempobus@keolis.com