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 dès 65 ans et retraité : 15,00 € 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

Fournir un RIB

Fait à : ……..

Date : ……

Signature :