



Référence unique du mandat :

---

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Bernard Loffet - ARIV à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Bernard Loffet - ARIV.

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.

---

Votre Nom, prénom :

Votre adresse :

PAYS :

IBAN :

BIC :

---

Nom du créancier : Bernard Loffet - ARIV

ICS : FR19ZZZ430930

4 rue commandant Cousteau

56850 Caudan

France

Type de paiement : Paiement récurrent/ répétitif

Signé à (Lieu et date)

Signature :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.