

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez INOLYA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d' INOLYA.

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,

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

*Veillez compléter les champs marqués**

Votre Nom / Prénom *

Votre adresse *

Numéro et nom de la rue

Code Postal Ville

FRANCE

Pays

Les coordonnées de votre compte *

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

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

Nom du créancier **INOLYA**

Identifiant créancier SEPA **F R 1 2 Z Z Z 2 3 8 4 1 4**

Adresse du créancier **7 place Foch - CS 20176**

14010 CAEN Cedex

FRANCE

Type de Paiement

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à *

.....

.....

Lieu

Date

Par accord entre les parties, le délai relatif à l'obligation d'information préalable du prélèvement est ramené à minima à 5 jours en remplacement du délai initial de 14 jours

Signature(s) *

Veillez signer ici

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

IC :

ESI :

Date échéance souhaitée :

30 du mois	<input type="checkbox"/>
5 du mois suivant	<input type="checkbox"/>
10 du mois suivant	<input type="checkbox"/>
13 du mois suivant	<input type="checkbox"/>