



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

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR91CMU615680**

Débiteur

Votre Nom :

Votre adresse :

Code postal :

Ville :

Pays : France

Créancier

Nom : **AGC OCEVIA**

Adresse : **3, rue Lespagnol**

Code postal : **75020**

Ville : **Paris**

Pays : **France**

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

A _____, le ____/____/____

Signature

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