

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

<u>Référence unique du mandat</u> : (à remplir par IKPO)		<u>Identifiant créancier</u> SEPA : FR49854511676
- - - - -		
<b><u>Débiteur</u></b>	<b><u>Créancier</u></b>	
Nom – Prénom Adresse CP - Ville	..... ..... ..... ..... - .....	IKPO 10 rue St JB de la Salle  59000 - LILLE

**IBAN**

**BIC**

**Type de paiement** : Récurrent

Fait à ....., le .....

Signature :

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

Merci de bien vouloir agraffer un RIB