

MERCI DE JOINDRE UN RIB

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **GEIQ Agriqualif Pays de la Loire**

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et conformément aux instructions du

**Mandat de
prélèvement**



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 : **FR81ZZZ633708**

Débiteur :

Créancier :

Votre Nom

Nom

Geiq Agriqualif Pays de la Loire

Votre Adresse

Adresse

14 Avenue Jean Joxé

Code postal

Ville

Code postal

49100

Ville

ANGERS

Pays

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.

Veillez compléter tous les champs du mandat.