

En signant et en remplissant intégralement ce formulaire de mandat, vous autorisez AGEA SENIOR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AGEA SENIOR.

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 n° d'INSEE
(Sécurité sociale)

Votre n° CAVAMAC

Votre nom

.....
Nom/Prénoms du débiteur

Votre adresse

.....
Numéro et nom de la rue

Code Postal

.....
Ville

.....
Pays

Vos coordonnées
bancaires

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

AGEA SENIOR

ICS : FR43ZZZ8A1355

30, rue Olivier Noyer
75014 Paris

Type de paiement

Récurrent/Répétitif

Signé à

.....

Lieu

Le :

Date : JJ/MM/AAAA

Veillez signer ici

A retourner, impérativement accompagné d'un relevé d'identité bancaire IBAN à :

AGEA SENIOR
30, rue Olivier Noyer
75014 Paris