
Référence Unique de Mandat (RUM) : RUM-2401241831-58-CL2401-040

Identifiant créiteur (Identifiant du créancier - ICS) : FR72ZZZ896DD4

Nom du créiteur : AUDIS SN

Adresse :

3 rue jean rédélé

76370 MARTIN EGLISE

France

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) AUDIS SN et son prestataire de services de paiement à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AUDIS SN. Dans le cadre de vos droits, vous avez droit à un remboursement de votre banque selon les termes et conditions de votre accord avec votre banque. Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans une déclaration que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Vous acceptez de recevoir des notifications sur les futurs encaissements jusqu'à 2 jours avant l'opération.

(B) Remplir tous les champs marqués *

Votre nom * :

Amicale du personnel centre hospitalier saint-quentin (AMICALE DU PERSONNEL

Id. prof. 1 (SIREN) * :

Adresse :

1 avenue Michel de l'hôpital

02100 Saint-Quentin

France

Votre Numéro de compte bancaire (IBAN) * : FR76 1027 8026 7300 0177 6424 566

Votre code identifiant de banque (BIC) * : CMCIFR2A

Type de paiement * :

☒ Payment récurrent ou

☐ Paiement unitaire

Date de signature

Signature

Merci de retourner ce formulaire mandat par email à
contact@audis.fr ou par courrier à:

AUDIS SN

3 rue jean rédélé

76370 MARTIN EGLISE

France