

---

Référence Unique de Mandat (RUM) : RUM-2401081456-49-CL2311-022

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 \* :

LA BOUTIQUE (Mme MATLOKA MICHELE)

Id. prof. 1 (SIREN) \* :

Adresse :

POLYCLINIQUE DE BOIS BERNARD

70 ROUTE DE NEUVIREUIL

62320 BOIS BERNARD

France

Votre Numéro de compte bancaire (IBAN) \* : FR76 1670 6000 2611 6331 5800 004

Votre code identifiant de banque (BIC) \* : AGRIFRPP867

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