MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Medicapp Connect SAS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Medicapp Connect SAS. 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.

CREANCIER :

Identifiant créancier SEPA (ICS) :

F	R	9	6	Z	Z	Z	6	5	7	4	9	4

Nom du créancier : MEDICAPP CONNECT
Adresse (N° et rue) : 38 rue Servan
Code postal et ville : 75011 Paris
Pays : France

DEBITEUR :

Nom et Prénom du débiteur :

Adresse (N° et rue) :

Code postal et ville :

Pays :

N° de compte IBAN :

Code BIC :

N° de contrat sous-jacent : Kineapp : Nombre d'utilisateurs : __

POUR UN PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT

Signature :

Date

Lieu

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.