

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Merci de renvoyer ce document complété, daté et signé, accompagné de votre RIB à l'adresse ci-dessous

Pam

Un service



Centre de services Pam francilien
TSA 61329
75564 PARIS CEDEX 12
contact@pam.iledefrance-mobilites.fr

INFORMATIONS DÉBITEUR

N° de client : _____

Nom et Prénom* : _____ Numéro RCS* : _____
(ou Dénomination sociale si société)

Adresse* : _____

Code Postal* : _____ Ville* : _____ Pays* : _____

Adresse mail* : _____ N° de téléphone* : _____

IBAN* : _____

BIC* : _____

TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel

*Champs obligatoires

INFORMATIONS CRÉANCIER

KISIO CDS - 24 allée Vivaldi 75012 PARIS

ICS (Identifiant créancier SEPA) : FR46ZZZ89F5BB

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez KISIO CDS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de KISIO CDS.
Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous aurez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.*

Fait à : _____, le _____

Signature du débiteur précédée de la mention « lu et approuvé » :

Mention CNIL : 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 le 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 36 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.