MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Prélèvement récurrent

Entreprise titulaire du compte à débiter :

Raison social .... Nº Siret

Adresse ....

Code postal Ville .... Pays ....

Coordonnées bancaires :

IBAN

BIC

IMP
ENT

Créancier :

REGARD Solutions d'Épargne Salariale
7 rue du Regard
75006 PARIS

Identifiant Créancier SEPA : FR 27 ZZZ 546119

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez REGARD Solutions d'Épargne Salariale à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de REGARD Solutions d'Épargne Salariale. 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 huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, ou, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Fait à .... , le __ __ / __ __ / 2 0 __ __ Signature :

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

RBTP 0055 – V2 – 08/2025 – *EACZIV*