

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire vous autorisez THEATRE DU CAPITOLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de THEATRE DU CAPITOLE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom : _____ **Prénom:** _____

Adresse: _____

CP: _____ **Ville:** _____

Pays: _____

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN: _____

BIC: _____

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent/répétitif

CREANCIER

Nom : THEATRE DU CAPITOLE

ICS: FR24ZZZ453053

Adresse : _____

Fait à : _____

Signature : _____

Le : _____

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier 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.

A retourner à : THEATRE DU CAPITOLE
Service abonnement
BP 41408
31014 TOULOUSE CEDEX 6