

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le *Laboratoire Cell'Innov* à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, conformément à toute commande. Vous autorisez également votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du *Laboratoire Cell'Innov*.

Débiteur

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal

Ville

Pays

IBAN

BIC

Créancier

Identifiant créancier SEPA:
CH27CIN00000000647

Paiement : Récurrent / Répétitif

Merci d'imprimer, de compléter
et de signer ce formulaire.

Puis de le renvoyer à
l'adresse suivante :

Laboratoire Cell'Innov
Service clients
23 rue Balzac
75008 Paris
FRANCE

Date :

Lieu :

Signature

Prière de renvoyer le mandat de prélèvement SEPA intégralement complété à l'adresse du créancier mentionnée plus haut.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Partie à compléter par le *Laboratoire Cell'Innov*

Référence du mandat :

Notice : Vos droits relatifs au mandat ci-dessus sont indiqués dans un aide-mémoire que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

L'utilisation de la marque de SEPA est sous le permis de l'European Payments Council.