

Mandat de prélèvement



VIVA SANTÉ
Éditions

En signant ce formulaire de mandat récurrent, j'autorise Editions Viva Santé SA à envoyer des instructions à ma banque, conformément à ma commande, pour débiter mon compte. Ma banque pourra débiter mon compte conformément aux instructions données par Editions Viva Santé SA.

Je bénéficie d'un droit à remboursement par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte.

Compte à débiter :

Prénom et nom du titulaire : _____

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Adresse email :

IBAN : _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

SWIFT/BIC : _____

Signature (obligatoire) _____ Date _____

Informations créancier :

Editions VivaSanté SA, Route du Bois-Genoud 1A, 1023 Crissier, Suisse (ne pas utiliser cette adresse pour l'envoi des mandats SEPA)

Identifiant créancier SEPA : CH13ZZZ00000003033

À remplir par Editions Viva Santé SA, votre Référence Unique de Mandat _____

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 SEPA est sous le permis de l'European Payments Council. EBSCGP22