

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM :

En signant ce formulaire vous autorisez, EDSB l'agence à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'EDSB l'agence.
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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA
FR69ZZZ807554

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

SAS COUTON

Marché de gros de Rochepinard
av. Vatel
37000 TOURS

CRÉANCIER

EDSB l'agence

Place Médecin Général Blanchard – BP 6
05105 BRIANÇON CEDEXDÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER (RIB correspondant à joindre **OBLIGATOIREMENT**)

IBAN : FR76 3000 4028 1100 0103 1873 183

BIC : BNP AFRP PTEE

Type de paiement :

- ☒ Paiement récurrent/répétitif (chaque facture ou mensuel)
☐ Paiement ponctuel (une seule facture)

Fait à : Marseille

Signature

Le : 01/07/2021

Réf. PDC ou RTPL : 30000971099269 - 09713313972206

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 son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM :

En signant ce formulaire vous autorisez, EDSB l'agence à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'EDSB l'agence.
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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA
FR69ZZZ807554

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

SAS BAUZA

av. du Colt. Bichonray
FIN de ROUEN
76042 ROUEN

CRÉANCIER

EDSB l'agence

Place Médecin Général Blanchard – BP 6
05105 BRIANÇON CEDEXDÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER (RIB correspondant à joindre **OBLIGATOIREMENT**)

IBAN : FR76 3000 4028 1100 0102 2755 183

BIC : BNP AFRP PTEE

Type de paiement :

- ☒ Paiement récurrent/répétitif (chaque facture ou mensuel)
☐ Paiement ponctuel (une seule facture)

Fait à : Marseille

Signature

Le : 01/07/2021

Réf. PDC ou RTPL : 30000210910609 - 30001913086635

30001913081917

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 son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM :

En signant ce formulaire vous autorisez, EDSB l'agence à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'EDSB l'agence.
 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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA
 FR69ZZZ807554

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

SAS BLAMPIN

 111W des Arnaux
 Box 506 a 510
 13 323 MARSEILLE Cedex 14

CRÉANCIER

EDSB l'agence
 Place Médecin Général Blanchard – BP 6
 05105 BRIANÇON CEDEX
DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER (RIB correspondant à joindre **OBLIGATOIREMENT**)

IBAN : FR76 3000 4007 2100 0152 7613 527

BIC : BNPAFRPPXXX

Type de paiement :

- ☒ Paiement récurrent/répétitif (chaque facture ou mensuel)
☐ Paiement ponctuel (une seule facture)

 Fait à : Marseille
 Le : 01/07/2021
 Signature

Réf. PDC ou RTPL : 30002541141199 - 30002510574590

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 son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM :

En signant ce formulaire vous autorisez, EDSB l'agence à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'EDSB l'agence.
 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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA
 FR69ZZZ807554

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

SAS BLAMPIN FRUITS IMPORT RUNGIS

 25 Rue de Montpellier
 Bât D2 - Fréjols - CP 60334
 34 622 RUNGIS Cedex

CRÉANCIER

EDSB l'agence
 Place Médecin Général Blanchard – BP 6
 05105 BRIANÇON CEDEX
DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER (RIB correspondant à joindre **OBLIGATOIREMENT**)

IBAN : FR76 3000 4007 2100 0100 36 38 927

BIC : BNPAFRPPME

Type de paiement :

- ☒ Paiement récurrent/répétitif (chaque facture ou mensuel)
☐ Paiement ponctuel (une seule facture)

 Fait à : Marseille
 Le : 01/07/2021
 Signature

Réf. PDC ou RTPL : 30002230468166 - 50091172165452

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 son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM :

En signant ce formulaire vous autorisez, EDSB l'agence à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'EDSB l'agence.
 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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA
 FR69ZZZ807554

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

SAS MIGHIRIAN FRERES

 38 av de Lorraine
 94510 Rungis

CRÉANCIER

EDSB l'agence
 Place Médecin Général Blanchard – BP 6
 05105 BRIANÇON CEDEX
DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER (RIB correspondant à joindre **OBLIGATOIREMENT**)

IBAN : FR76 3000 4028 1100 0105 7277 483

BIC : BNPAFRPPXXX

Type de paiement :

- ☒ Paiement récurrent/répétitif (chaque facture ou mensuel)
☐ Paiement ponctuel (une seule facture)

 Fait à : Marseille
 Le : 01/07/2021
 Signature

Réf. PDC ou RTPL : 30002231322839 - 30002230927509

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 son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.