

ANNEXE 4 – MANDAT SEPA

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : *Sera fourni après signature du mandat*

DEBITEUR	CREANCIER
<u>Nom :</u> Pharmacie BESSON <u>Prénom :</u> <u>Adresse :</u> C/Cial Riom-sud <u>Code postal :</u> 63200 <u>Commune :</u> MENETROL <u>Pays :</u> FRANCE <u>SIREN :</u> 499485670	<u>Nom :</u> EKWATEUR PRO <u>Adresse :</u> 79 rue de Clichy <u>Code postal :</u> 75009 <u>Commune :</u> Paris <u>Pays :</u> France <u>SIREN :</u> 891588154

Compte à débiter en paiement : récurrent	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)
FR 16 1018 8068 0136 16812000 197	BCHA FR21

☒ En signant ce mandat vous autorisez EKWATEUR PRO à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte. En cas de litige sur un prélèvement, vous pourrez en faire suspendre l'exécution par simple demande à votre banque. Vous réglerez le différend avec EKWATEUR PRO.	
Signé le	Signature
(JJ/MM/AAAA) 14/11/2024	