


| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| Editions du Traité de Médecine | MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| | F | R | 5 | 6 | Z | Z | Z | 8 | 5 | D | 9 | 5 | 3 | | | | | | | | | | |
| | Référence unique du mandat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) *Editions du Traité de Médecine SAS* à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions des Editions du Traité de Médecine SAS.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom / Prénom *
 Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *
 Numéro et nom de la rue

*

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

*Ville :

Code Postal

* Pays :
 *

Coordonnées de votre compte
 Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

*

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier EDITIONS DU TRAITE DE MEDECINE SAS

Numéro et nom de la rue 9 RUE ERNEST CRESSON

Code Postal / Ville / Pays 75014 Paris - FRANCE

Type de paiement Paiement récurrent (mensuel) Paiement ponctuel X

Signé à Date

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 Lieu

Signature(s) Veuillez signer ici

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Prière de nous retourner ce formulaire de mandat complété et signé accompagné de l'original de votre RIB. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant et de rectification.

A l'adresse suivante

Editions du Traité de Médecine
 9 rue Ernest Cresson 75014 Paris

Ou par e-mail

editions@traitedemedecine.fr

Tel : 06.22.35.53.88