

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA



**maison de la  
thérapie manuelle**  
école fondée par Albert Bénichou

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (Partie réservé à MTM Ostéopathie)

En signant ce formulaire de mandat, vous :

- autorisez MTM Ostéopathie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MTM Ostéopathie.
- reconnaissez que la notification de tout prélèvement SEPA s'opère par le biais de la facture au plus tard 5 jours ouvrés avant sa date d'échéance pour le premier prélèvement et au plus tard 2 jours ouvrés pour les suivants.

En cas de réclamation relative aux prélèvements SEPA, ou en cas de révocation ou modification du mandat vous devez adresser votre demande : [contact@mtm-osteopathie.fr](mailto:contact@mtm-osteopathie.fr)

VOTRE NOM : .....  
*Nom / Prénoms du débiteur*

VOTRE ADRESSE : .....  
*Numéro / Nom de la rue*

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

PAYS : .....

LES COORDONNÉES  
      
*IBAN (International Bank Account Number)*

DE VOTRE COMPTE  
  
*BIC (Bank Identifier Code)*

NOM DU CRÉANCIER  
MTM Ostéopathie  
*N° Identifiant : FR84ZZZ629095*  
9 rue des Etats Généraux  
78000 Versailles - France

TYPE DE PAIEMENT  Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

SIGNÉ À ..... DATE     
*Lieu JJ/MM/AAAA*

SIGNATURE(S) *Veillez signer ici :*

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

## Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur (fournies à titre indicatif)

**TIERS DÉBITEUR**  
**POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME)**  
.....  
*Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre MTM Ostéopathie et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. I vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.*

**CONTRAT CONCERNÉ**  
.....  
*Numéro d'identification du contrat*  
.....  
*Description du contrat*

À RETOURNER À :	MTM Ostéopathie 9 rue des Etats-Généraux 78 000 Versailles	<i>Cadre réservé à l'usage exclusif du créancier</i>
-----------------	--	--