

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Merci de renvoyer ce document complété, daté et signé, accompagné de votre RIB à l'adresse ci-dessous

# Pam

Un service



Centre de services Pam Francilien  
TSA 61329  
75564 PARIS CEDEX 12  
contact@pam.iledefrance-mobilites.fr

## INFORMATIONS DÉBITEUR

N° de client : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom\* : \_\_\_\_\_  
(ou Dénomination sociale si société)

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Code Postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_ Pays\* : \_\_\_\_\_

Adresse mail\* : \_\_\_\_\_ N° de téléphone\* : \_\_\_\_\_

IBAN\* : \_\_\_\_\_

BIC\* : \_\_\_\_\_

**TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent/répétitif**

### \*Champs obligatoires

## INFORMATIONS CRÉANCIER

**KISIO SERVICES & CONSULTING - 20, rue Hector Malot 75012 PARIS**

**ICS (Identifiant créancier SEPA) : FR57ZZZ88EBB5**

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez KISIO SERVICES & CONSULTING à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de KISIO SERVICES & CONSULTING. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous aurez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.*

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature du débiteur précédée de la mention « lu et approuvé » :**

*Mention CNIL : 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 le client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 36 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*