

**Référence unique de mandat :**

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Laboratoire Foyer à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte selon les instructions du Laboratoire Foyer. 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 pour un prélèvement non autorisé.

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

*Merci de remplir les champs suivants :*

Nom Prénom :

Dénomination sociale *(le cas échéant)* :

Adresse :

Code postal :

Ville :

IBAN :

BIC :

*Merci de joindre un RIB*

Païement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER VENDEE

ZA les grandes ouchesn Beugné l'abbé 85100 LES MAGNILS REIGNIERS

ICS : FR56ZZZ88ED50

Signé à :

Le :

Signature(s)

*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, à ses droits d'oppositions, 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.*