

Référence unique de mandat : 202399001

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399002

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399003

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399004

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399005

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399006

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399007

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399008

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399009

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399010

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399011

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399012

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399013

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 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399014

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399015

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399016

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399017

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399018

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399019

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399020

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399021

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399022

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399023

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399024

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399025

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399026

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399027

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399028

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399029

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399030

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399031

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399032

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399033

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

Paielement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399034

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399035

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399036

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399037

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399038

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399039

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399040

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 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399041

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399042

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399043

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399044

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399045

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399046

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399047

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399048

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399049

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399050

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399051

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399052

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399053

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399054

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399055

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399056

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399057

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399058

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399059

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.

Référence unique de mandat : 202399060

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

Paiement récurrent

CREANCIER : LABORATOIRE FOYER 34 bis, rue saumuroise, 49000 ANGERS

ICS : FR67ZZZ88ED46

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.