**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

***Conditions générales d’utilisation de votre mandat :***

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le POLE DE COMPETITIVITE SOLUTIONS COMMUNICANTES SECURISEES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du POLE DE COMPETITIVITE SOLUTIONS COMMUNICANTES SECURISEES. Vous bénéficiez du droit d’être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :*

*- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ;*

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

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

Par ce mandat, vous vous engagez avec :

**NOM du créancier :** PÔLE SOLUTIONS COMMUNICANTES SECURISEES

**ADRESSE :** PLACE PAUL BORDE, 13790 ROUSSET - FRANCE

**ICS :** FR96ZZZ83522D

**REFERENCE DU MANDAT** *(Cette référence unique du mandat vous sera communiqué par le Pôle SCS et sera à conserver et à rappeler dans tous vos courriers)* :

Veuillez compléter les champs marqués \*

1) Votre Nom *(Nom/Prénom du débiteur)* \*

2) Votre adresse *(Numéro et nom de la rue)* \*

3) Code Postal Ville\*       4) Pays \*

5) Les coordonnées de votre compte Numéro d’identification international du compte bancaire \*

 *IBAN (International Bank Account Number)*

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

6) Code international d’identification de votre banque \*

*BIC (Bank Identifier Code)*

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

**IMPORTANT : Merci de joindre à ce mandat le RIB correspondant et au nom de votre structure.**

7) Signé à \*       Le \* :

8) 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, de ses droits d’oppositions, d’accès et de rectification, d’effacement, de portabilité, de limitation, tels que prévus par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés et le Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles du 27 avril 2016 conformément à la Politique de confidentialité accessible via ce lien https://www.pole-scs.org/mentions-legales/.*