



MANDAT de Prélèvement SEPA

ABT- _____ - _____

Référence unique du Mandat – Renseignée par Abbott France

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ABBOTT FRANCE SAS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ABBOTT FRANCE SAS.

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.

CREANCIER

ABBOTT FRANCE

Nom du créancier

FR91ZZZ411010

Identifiant Créancier SEPA

40 / 48 rue d'Arcueil

Numéro et nom de la rue

94593 RUNGIS CEDEX

Code postal – Ville

FRANCE

Pays



Paiement récurrent / répétitif



Paiement ponctuel

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ
BANCAIRE IBAN/BIC
ORIGINAL**

A COMPLETER OBLIGATOIREMENT PAR LE DEBITEUR

DEBITEUR

*Nom de l'établissement

Nouveau titulaire

Oui
Non

*Nom / Prénom du débiteur

*Date du
changement
de titulaire : / /

*Numéro et nom de la rue

*Code postal

*Ville

*Pays

*Adresse E-mail

*IBAN (International Bank Account Number) Numéro d'identification international du compte bancaire

*Signature(s) :

*BIC (Bank Identifier Code) Code international d'identification de votre banque

*Fait à

*Le

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

Veillez compléter les champs marqués * et vérifier ceux qui sont pré-remplis, conditions de validité du mandat.

A retourner à :

ABBOTT DIABETES CARE
SERVICE COMMANDE FREESTYLE LIBRE

e-mail :

commande@pharmacie.freestylelibre.fr

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :