

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **GTS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **GTS**.

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.

Référence unique du mandat : **Contrat de Téléassistance**

Désignation du débiteur

Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
	numéro voie
	Complément d'adresse
Code Postal :	
Ville :	

Désignation du créancier

Identifiant créancier SEPA : **FR77ZZZ405539**

GTS
81, rue Pierre Sémard
92324 CHATILLON Cédex
FRANCE

Type de paiement : Paiement récurrent/ répétitif

Paiement ponctuel

IBAN :

BIC :

à _____ Signature

le _____

IMPORTANT : Merci de renvoyer à GTS ce feuillet accompagné obligatoirement d'un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.), Postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Epargne (R.I.C.E.).

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par GTS que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.