Référence unique du mandat	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
	Signature and the signature an	
	nandat, vous autorisez <i>OMNIUM INVESTMENT</i> à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, e	et votre
banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'OMNIUM INVESTMENT – GOLF OPIO VALBONNE		
Vous bénéficiez du droit d'être remboursement doit être présenté	remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une dema ée :	nde de
- dans les 8 semaines suivant la	date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,	
	s les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. nandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.	
Veuillez compléter les champs marqu		
Votre Nom	*	1
	Nom / Prénoms du débiteur	
Votre adresse	*	2
voire adresse		
	Numéro et nom de la rue	
*	*	3
	Code Postal Ville	
	*	4
	Pays	
Les coordonnées *		5
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)	
Nom du créancier	OMNIUM INVESTMENT – GOLFOPIO VALBONNE	
	Nom du créancier	
		8
	Identifiant créancier SEPA	
	Route de Roquefort les Pins	
	Numéro et nom de la rue	
,	* <mark>0 6 6 5 0 </mark> 0PIO	
	Code Postal Ville	
	FRANCE	
	Pays	
Type de Paiement	* Paiement récurrent / répétitif 🛛 Paiement ponctuel 🗌	12
Signé à	Opio	13
	Lieu Date	
Signature(s)	*Veuillez signer ici	
Note: Vas draita concernant la pré	écont mandat cont evaligués dans un decument que vous pouvez obtanis auntès de votre hangue	
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque		
Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif. Code identifiant du débiteur		
	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	
	*	15
Tiers débiteur pour le compte	Nom du tiers débiteur: si votre paiement concerne un accord passé entre (NOM DU CREANCIER) et un tiers (par exemple, vou	
duquel le paiement est effectué	la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	
(si différent du débiteur lui-		40
même)	*	10
	Code identifiant du tiers débiteur	47
	*	17
		40
		18
	Code identifiant du tiers créancier	
Contrat concerné		19
	Numéro d'identification du contrat	
		20
	Description du contrat	
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 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.		
A rotourner à		
A retourner à:	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier	