

MANDAT DE PRELEVEMENT SUR CARTE BANCAIRE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le CABINET CFO FRANCE à débiter votre carte bancaire du montant des sommes dues conformément à votre numéro de dossier | débiteur, dans son intégralité et/ou conformément à l'échéancier mis en place par téléphone, mail ou courrier ; avec la transmission de mes coordonnées bancaires par téléphone (conversation enregistrée) ou par cette ce mandat écrit.

Note : Les numéros de CB seront supprimés après règlement et extinction complète de la dette.

**NUMERO DE DOSSIER |
NUMERO DE DEBITEUR**

(Numéro de dossier présent sur nos correspondances)

**NOM ET ADRESSE DU
DEBITEUR**

(Nom / Prénom / Société)

(Adresse)

(Complément d'adresse)

(Code Postal) (Ville)

**VOS COORDONNEES
POUR VOUS JOINDRE**

____ / ____ / ____ / ____ / ____
(Votre numéro de téléphone afin de vous joindre pour toute question)

____ @ _____
(Votre email afin de recevoir la quittance de règlement)

N° DE CARTE BANCAIRE

____ / ____ / ____ / ____
(Numéro de carte bancaire)

EXPIRE LE

____ / ____
(Date d'expiration)

CRYPTOGRAMME

(Cryptogramme au dos de la carte)

NOM DU PORTEUR

(Le nom inscrit sur la carte bancaire)

DATE PRELEVEMENT

____ / ____ / ____
(Date à laquelle vous souhaitez que le CABINET CFO FRANCE effectue le ou les prélèvements)

TYPE DE PAIEMENT

Récurrent

SIGNE A

LE

____ / ____ / ____

**SIGNATURE
OBLIGATOIRE**



Mandat à retourner via notre site internet : www.cabinet-cfo.fr ou par mail sur paiement@cabinet-cfo.fr ou par courrier à l'adresse suivante : CABINET CFO FRANCE – BP 10315 – AIX EN PROVENCE CEDEX 3