

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **SOFTYSOFT** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SOFTYSOFT**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Référence Unique de Mandat	
Votre Nom ou Raison Sociale	-----
Votre Adresse	-----
Code Postal et Ville	-----   -----
Pays	-----
IBAN de votre compte bancaire	-----   -----   -----   -----   -----   -----
BIC de votre compte bancaire	-----
Nom du Créancier	<b>SOFTYSOFT</b>
Identifiant du Créancier (ICS)	<b>FR59ZZZ463287</b>
Adresse du Créancier	<b>5 Rue Charles Gounod</b>
Code Postal et Ville du Créancier	<b>69100 VILLEURBANNE</b>
Pays du Créancier	<b>FRANCE</b>
Type de Paiement	<b>Récurrent</b>
Lieu de Date de Signature	à ----- Le ____ / ____ / ____
Votre Signature	

Document à nous retourner :

par courrier à : **SOFTYSOFT, 5 Rue Charles Gounod – 69100 - Villeurbanne.**

Par tel.: au: **+33 4 72 65 00 00** Par e-mail à: **contact@softysoft.com**