

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	SOFTYSOFT
Identifiant du Créancier (ICS)	FR59ZZZ463287
Adresse du Créancier	61 rue de Fontanières
Code Postal et Ville du Créancier	69100 VILLEURBANNE
Pays du Créancier	FRANCE
Type de Paiement	Récurrent
Lieu de Date de Signature	à ----- Le ____ / ____ / ____
Votre Signature	

Document à nous retourner :

par courrier à : **SOFTYSOFT, 61 rue de Fontanières – 69100 - Villeurbanne.**

Par fax au: **+33 9 72 14 48 45.** Par e-mail à: **contact@softysoft.fr**