



N° d'Abonné

### Mandat SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Vitaris à envoyer des instructions à votre banque pour débitez votre compte, et votre banque à débitez votre compte conformément aux instructions de Vitaris. 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Merci de compléter les champs marqués d'une \*

Nom et adresse du titulaire du compte à débitez \*

[Empty box for account holder name and address]

Référence Unique de Mandat (rempli par Vitaris)

[Empty box for Unique Reference Mandate]

Si vous payez la facture pour autre personne, veuillez indiquer ses coordonnées (si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir)

[Empty box for third party contact details]

Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débitez \*

[Empty box for bank name and address]

Créancier

VITARIS S.A.S  
ICS : FR85ZZZ306843  
90 A, Allée Hubert Curien - CS 30028  
71201 LE CREUSOT CEDEX

BIC (Bank Identifier Code) de votre banque\*

[Empty box for BIC code]

IBAN (International Bank Account Number) de votre compte bancaire \*

[Seven empty boxes for IBAN digits]

Type de paiement\*  Récurrent, le .....  Ponctuel

Fait à\* ..... Le\* ..... Signature\*

Toutes ces informations, obligatoires, sont collectées par Vitaris SAS (343 431 615 RCS Chalon-Sur-Saône). Elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat. Elles ne seront pas transférées à un tiers, à l'exception du souscripteur du contrat et de votre banque. En cas de collecte indirecte, vous garantissez bénéficier de l'accord de la/des personne(s) dont vous communiquez les données. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression, de portabilité, de transmission en cas de décès s'agissant des données les concernant ainsi qu'un droit à la limitation du traitement, qui peut être exercé par courrier au siège de Vitaris, adressé à l'attention de Monsieur le Délégué à la Protection des Données. Toute demande doit être claire, précise et justifiée et accompagnée d'une copie d'une pièce d'identité et réalisée conformément au cadre légal applicable. Afin de faciliter les démarches « Téléassistance Loire Atlantique » met à disposition des abonnés le site : <https://www.teleassistance-loire-atlantique.fr/rgpd> sur lequel sont disponibles l'avis de confidentialité pour les clients ainsi que des formulaires types de demandes d'accès, de rectification ou d'effacement des données personnelles.

Téléassistance Départementale de la Loire Atlantique – 10 rue de la Johardière – 44800 Saint Herblain

Service opéré par Vitaris sis au 90 A, allée Hubert Curien - CS 30028 - 71201 LE CREUSOT CEDEX  
SAS au capital de 1 937 506 € - RCS Chalon-Sur-Saône 1988 B 70013 - SIRET 343 431 615 00057 - NAF 8020 Z