

Télétransmission des relevés à PHARMACOM OUEST MANDAT

Je soussigné (e)		, le mandant
Agissant en qualité de		
De la société		
Au capital de	R.C.S.	N°
Siège social		

Client de la banque :

Agence :

Adresse :

Donne, par la présente, autorisation expresse à la banque de transmettre à la SARL PHARMACOM OUEST - 55 bis rue de Rennes - 35510 CESSON SEVIGNE, le mandataire, les relevés des virements reçus au crédit des comptes indiqués ci-dessous.

Et donne mandat à la SARL PHARMACOM OUEST, pour obtenir, via son abonnement au service de télétransmission de la banque ci-dessus désignée, les relevés des virements reçus au crédit de mes comptes bancaires dont les numéros suivent :

Code Banque	Code Guichet	N°Compte	Clé RIB

Le mandataire s'engage à n'utiliser les informations reçues de la banque que pour ses besoins exclusifs de la mission qui lui est confiée par le mandant. Le mandataire accepte ce mandat.

Le présent mandat est valable jusqu'à révocation expresse, étant précisé que la révocation de l'autorisation donnée ci-dessous à la banque emportera résiliation immédiate du présent mandat.

Fait à

le

Fait à Cesson Sévigné le

Signature manuscrite du mandant

(le Professionnel de santé)

Précédée de la mention manuscrite

« *Bon pour mandat* »

« *Bon pour autorisation donnée à la banque* »

Signature manuscrite du mandataire

(PHARMACOM OUEST)

Précédée der la mention manuscrite

« *Bon pour acceptation du mandat* »

Ce document est établi en trois exemplaires

Et doit être adressé dûment rempli par le mandataire à son agence :

MANDANT (laboratoire)	PHARMACOM OUEST	BANQUE Signature de la Banque M. Le
-----------------------	-----------------	--