



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)

CASINO ÉVASION

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,  
et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

CASINO ÉVASION

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Référence unique du mandat : \_\_\_\_\_  
(NE PAS REMPLIR CE CHAMP)

Identifiant créancier SEPA : **FR29ZZZ500881**

## DÉBITEUR

Votre nom \_\_\_\_\_

Votre adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

IBAN

BIC

Tiers débiteur \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CRÉANCIER

Nom **CASINO ÉVASION**

Adresse **1, cours Antoine Guichard**

**CS 50306**

Code postal **42008** Ville **SAINT-ÉTIENNE CEDEX 01**

Pays \_\_\_\_\_

Paiement :  Récurrent/Répétitif  Ponctuel

Tiers créancier **CASINO ÉVASION**

Le

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

**Veuillez compléter tous les champs du mandat.**