

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (*NOM DU CREANCIER*) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (*NOM DU CREANCIER*).

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.

*Veillez compléter les champs marqués **

Votre Nom

*
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse

*

Numéro et nom de la rue
* *

Code Postal Ville

*
FRANCE
Pays

Les coordonnées
de votre compte

*
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

*

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier

Identifiant créancier SEPA (ICS)

SIRET

FRANCE

Type de Paiement

*

Signé à

*

Lieu

Date JJ MM AAAA

Signature(s)

Veillez signer ici

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