Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ..... à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ..... Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

*Les champs précédés d'un * doivent être complétés.*

* Raison sociale ou nom du débiteur

* Numéro et nom de la rue

* Code postal * Ville

* Pays

* Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN

* Code international d'identification de votre banque BIC

* Nom du créancier devant apparaître dans l'ordre de prélèvement

* Identifiant du créancier ICS

* Numéro et nom de la rue

* Code postal * Ville

* Pays

* Type de paiement Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

* Nom du signataire (pour une société signataire habilité sur le compte)

* Date JJ MM AAAA * Lieu

* Signature

Personne à contacter pour modifier ou révoquer un mandat de prélèvement (modification des coordonnées bancaires, réclamation)

Raison sociale du créancier

Nom du contact

Numéro et nom de la rue

Code postal Ville

Téléphone Mail

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.