MANDAT SEPA

Référence Unique du Mandat de Prélèvement SEPA	Nom du créancier et logo

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (NOM DU CREANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et 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,
- dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom * .....
Noms / Prénoms du débiteur

Votre adresse

* .....
Numéro et nom de la rue

Code postal ..... Ville

* .....
Pays

Les coordonnées De votre compte

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

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

* .....
Domiciliation bancaire

Nom du Créancier

* .....
Nom du créancier

Identifiant Créancier Sepa

* .....
Numéro et nom de la rue

Code postal ..... Ville

* .....
Pays

Type de paiement

☐ Paiement récurrent / répétitif
☐ Paiement ponctuel

Signé à * ..... Le

Lieu

Signature(s)

A retourner à : (Coordonnées du créancier)	*Zone réservée à l'usage exclusif du créancier*