MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

Nom du créancier et logo

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.

*Veuillez compléter les champs marqués **

Votre Nom *……..1

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *……..2

Numéro et nom de la rue

[ ][ ][ ][ ][ ] ……..3

Code Postal Ville

*……..4

Pays

Les coordonnées de votre compte * [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ] 5

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

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] 6

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

Nom du créancier *……..7

Nom du créancier

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][