




Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandat de prélèvement SEPA 	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de
	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 :	Identifiant créancier SEPA :
Débiteur :	Créancier :
Votre Nom	Nom
Votre Adresse	Adresse
Code postal	Code postal
Pays	Pays
IBAN	
BIC	Paiement : <input type="checkbox"/> Récurent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
A :	Le :
Signature :	
	Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
	Veillez compléter tous les champs du mandat.

×