

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ATLANCE France SAS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ATLANCE France SAS.

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 devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Veuillez compléter les champs marqués*

Votre nom : *
Nom du débiteur(s)
Votre adresse : *
Numéro et nom de la rue
Code postal et Ville
Pays
Les coordonnées : *
de votre compte
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
Code International d'identification de votre compte - BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier: ATLANCE France SAS
Adresse du créancier: 40 Quai de Dion Bouton, 92800 Puteaux, France
Identifiant du créancier: FR 2 8 Z Z Z 4 6 8 1 1 3

Type de paiement: Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement Ponctuel ☐
Signé à : *
Date

Signature(s) :
+ cachet commercial
Lieu
* Veuillez signer ici
EURL BERTRAND JW
La Tavola Calda
20 Rue Poterne - 21200 BEAUNE
Tél. 03 80 24 24 57
Siret 794 483 388 00029

Notes:

Vos droits concernant le présent mandat sont disponibles auprès de votre banque.

L'ID du créancier de ce mandat peut être amendé à tout moment sans notification supplémentaire.

Chaque prélèvement automatique vous sera notifié au moins 2 jours avant la Date d'Exigibilité par tout moyen approprié dont notamment la facture ou le courrier électronique.

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

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 selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Veuillez compléter les champs marqués*

Votre nom : *
Nom du débiteur(s)
Votre adresse : *
Numéro et nom de la rue
Code postal et Ville
Pays
Les coordonnées : *
de votre compte
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
Code International d'identification de votre compte - BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier:
Adresse du créancier:
Identifiant du créancier:

Type de paiement: Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement Ponctuel ☐
Signé à : *
Date

Signature(s) :
+ cachet commercial
Lieu
* Veuillez signer ici
EURL BERTRAND JW
La Tavola Calda
20 Rue Poterne - 21200 BEAUNE
Tél. 03 80 24 24 57
Siret 794 483 388 00029

Notes:

Vos droits concernant le présent mandat sont disponibles auprès de votre banque.

Chaque prélèvement automatique vous sera notifié au moins 2 jours avant la Date d'Exigibilité par tout moyen approprié dont notamment la facture ou le courrier électronique.