

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 : * Bou FLE * 01/08/2018
Lieu Date

Signature(s) : * Veuillez signer ici **ATLAS TRAITEUR**
+ cachet commercial 30, Rue des Charnelles
78410 BOUAFLE
RCS : 532 657 350 Versailles
Tél. : 06 95 27 84 80

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.