

# 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:

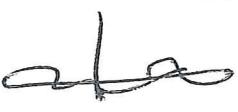
Paiement récurrent / répétitif  Paiement Ponctuel

Signé à :

\* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_  
Lieu Date

Signature(s) :  
+ cachet commercial

\* \_\_\_\_\_ Veuillez signer ici **ATLAS TRAITEUR**  
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.