

# 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.

Veillez compléter les champs marqués\*

Votre nom :

\* LE DIAKHAS 'SAY  
Nom du débiteur(s)

Votre adresse :

\* 200 rue de CREQUI  
Numéro et nom de la rue

\* 69003 Lyon  
Code postal et Ville

\* FRANCE  
Pays

Les coordonnées  
de votre compte :

\* FR76 1009 6181 2900 0252 7960 185  
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

\* CMCIFRPP  
Code International d'identification de  
votre compte - BIC (Bank Identifier  
Code)

Nom du créancier:

ATLANCE France SAS

Adresse du créancier:

40 Quai de Dion Boutron, 92800 Puteaux, France

Identifiant du créancier:

FR28222488113

Type de paiement:

Paiement récurrent / répétitif



Paiement Ponctuel



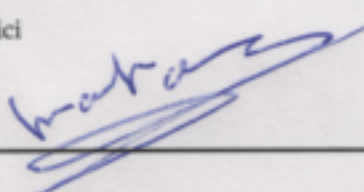
Signé à :

\* Lyon  
Lieu

\* 21/02/19  
Date

Signature(s) :

+ cachet commercial

\* Veuillez signer ici  


## 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.

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.