

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

Votre adresse : * 900 rue de CREQUI * 69003 Lyon
Numéro et nom de la rue
Code postal et Ville

* FRANCE
Pays

Les coordonnées : * FR76 1009 6181 2900 0252 7960 185 * CMCIFRPP
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
Code International d'identification de
votre compte - BIC (Bank Identifier
Code)

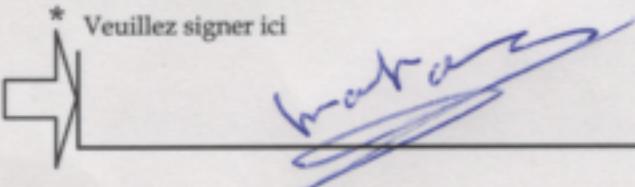
Nom du créancier: ATLANCE France SAS

Adresse du créancier: 40 Quai de Dion Bouton, 92800 Puteaux, France

Identifiant du créancier: FR28Z99468113

Type de paiement: Paiement récurrent / répétitif Paiement Ponctuel

Signé à : * Lyon * 21/03/19
Lieu Date

Signature(s) : * Veuillez signer ici
+ cachet commercial 

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.