

# 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 :	* <input type="text" value="ALLIANZ"/> Nom du débiteur(s)	
Votre adresse :	* <input type="text" value="220 Avenue Anatole France"/> Numéro et nom de la rue	* <input type="text" value="59410 ANZIN"/> Code postal et Ville
	* <input type="text" value="FRANCE"/> Pays	
Les coordonnées de votre compte :	* <input type="text" value="FR76 3007 6027 6370 9263 0020 080"/> Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	* <input type="text" value="NORD GRPP"/> 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  
  
Denis BRIQUET  
220 avenue Anatole France  
59410 ANZIN  
Tél. : 03.27.46.93.15  
H959731@agents.allianz.fr  
Orias 14002259

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.