

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 :

* AMPHOUX PLAZA
Nom du débiteur(s)

Votre adresse :

* 20 rue 20 Rue de la Jasse
Numéro et nom de la rue

* 30800 ST GILLES
Code postal et Ville

* FRANCE
Pays

Les coordonnées de votre compte :

* FR7610178000430043112990033
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

* CCBPFRPPCHX
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


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.