

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 :	* ENTREPRISE DOUZILLE Nom du débiteur(s)	
Votre adresse :	* 31 Avenue de la Repentie Numéro et nom de la rue	* 17000 LA ROCHELLE Code postal et Ville
	* FRANCE Pays	
Les coordonnées de votre compte :	* FR7630004003030002152856674 Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	* BNPAFRPPXXX 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  Veillez 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.