

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 :

* | An'actif

Nom du débiteur(s)

Votre adresse :

*

Numéro et nom de la rue

*

Code postal et Ville

*

FRANCE

Pays

Les coordonnées :
de votre compte

*

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:

Adresse du créancier:

Identifiant du créancier:

Type de paiement:

Païement récurrent / répétitif



Païement Ponctuel



Signé à :

*

Lieu

*

Date _____

Signature(s) :

*

Veillez 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.