

**Mandat de
prélèvement**



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Nom du Créancier
à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte
conformément aux instructions de Nom du Débiteur

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous
avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit
de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat : _____

Identifiant créancier SEPA : _____

Débiteur : _____

Créancier : _____

Votre Nom _____

Nom _____

Votre Adresse _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

Pays _____

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

A : _____

Le :

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que
vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.