

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat _____

Créancier (Enseigne) :

BELINS BELINES

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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 et contesté.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

CREANCIER :

FR 86 222 85 DEOF

Nom du créancier : ASS DECL BELINS BELINES

Adresse : 28 ROUTE DE MORNANT / LA MAIRIE

Code Postal, Ville : 69440 ST LAURENT D'AGNY

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel / unique

DEBITEUR :

Nom / Prénom du débiteur : _____

Adresse : _____

Code postal, ville : _____

Les coordonnées de votre compte IBAN – N° d'identifiant international du compte bancaire (International Bank Account Number) : _____

Code International d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code) : _____

Fait à _____

Signature (s) du débiteur : _____

Le : _____

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – (fournies seulement à titre indicatif)

Code Identifiant du débiteur : indiquez ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque : _____

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué : (si différent du débiteur lui-même)

Nom du tiers débiteur : _____

Si votre paiement concerne un accord passé entre le Créancier et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'un parent), veuillez indiquer son nom ci-dessus. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur : _____

Nom du Tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

Code identifiant du tiers créancier : _____

Contrat concerné : description et N° d'identifiant du contrat _____

A retourner à :

BELINS BELINES (avec un RIB)

+ une copie à envoyer à votre banque.