

## MANDAT de Prélèvement SEPA



Référence unique du mandat

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 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués \*

1	Votre Nom *	Nom / Prénoms du débiteur	
2	Votre adresse *	Numéro et nom de la rue	
3		* Code Postal	* Ville
4		Pays	
5	Les coordonnées de votre compte *	Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
6		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
7	Nom du créancier *	Patrick GUENAND TELEASSISTANCE PLUS	
8		Identifiant du créancier	
9		FR59ZZZ601512	
10		Le BOURG Hameau de Fontainerot Rue de L'Alliance	
11		Numéro et nom de la rue	
12	Type de paiement *	Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	
13	Signé à *	(1) Lieu	Date : jj/mm/AAAA
	Signature(s)	Veuillez signer ici	

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

14	Code identifiant du débiteur	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
15	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 ( nom du créancier ) et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
16		Code identifiant du tiers débiteur
17		Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.
18		Code identifiant du tiers créancier
19	Contrat concerné	Numéro d'identification du contrat
20		Description du contrat

A retourner à : Patrick GUENAND TELEASSISTANCE PLUS Le BOURG Hameau de Fontainerot Rue de L'Alliance 21430 SAVILLY

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

(1) Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères