MANDAT DE DOMICILIATION EUROPEENNE SEPA CORE

Créancier

Identification du créancier

A	S	B	L		T	E	M	P	S		D	A	N	S	E	S		U	R	B	A	I	N	E	S						
R	U	E		D	E	V	I	L	L	E	Z		4	3			6	0	6	0		G	I	L	L	Y					
N	°	E	N	T	R	.	0	8	8	7	1	7	5	1	6	3															
I	B	A	N		B	E	0	9		3	6	3	0		1	2	0	4		9	1	5	7									
N	**°**	**C**	**R**	**E**	**A**	**N**	**C**	**I**	**E**	**R**		**B**	**E**	**6**	**1**	**Z**	**Z**	**Z**	**0**	**8**	**8**	**7**	**1**	**7**	**5**	**1**	**6**	**3**			

En sigant le mandat, vous autorisez:

*Le créancier à envoyer des instructions à votre banque, afin de débiter votre compte.

* Votre banque à débiter votre compte selon les instructions reçues du créancier.

Signature,

Sous certaines conditions, vous avez le droit de demander à votre banque le remboursement d'une domiciliation. Le délai pour demander le remboursement prend fin 8 semaines après la date de débit de votre compte. Votre banque vous fournira volontiers plus d'informations sur vos droits et obligations.

Référence du mandat
Nom du participant

Encaissement unique

Encaissement récurent X

Le soussigné

Nom: Prénom:

Adresse: Code postal:

Commune: pays:

Numéro de compte IBAN . . . . BIC

Date: . . Lieu

Raison du paiement ou du contrat;