

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

LES CHEVAUX DU BEL AIR
BEL AIR
35520 MONTREUIL /GAST

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 débi- ter votre compte, et (B) votre banque à débi- ter 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 débi- t 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 *

Votre Nom	*	_____	1
		Nom / Prénoms du débiteur	
Votre adresse	*	_____	2
		Numéro et nom de la rue	
	*	Code Postal	3
	*	_____	4
		Ville	
Les coordonnées de votre compte	*	_____	5
		Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	*	_____	6
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	EARL LES CHEVAUX DU BEL AIR	
		Nom du créancier	
	*	FR20ZZZ609683	
		Identifiant du créancier	
	*	BEL AIR	
		Numéro et nom de la rue	
	*	3 5 5 2 0	11
		Code Postal	
	*	MONTREUIL LE GAST	
		Ville	
	*	FRANCE	
		Pays	
Type de paiement	*	Paiement récurrent/répétitif <input type="checkbox"/>	12
		Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	
Signé à	*	_____ (1)	13
		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.

Attention en cas de rejet du prélèvement, un montant de 17,50€ de frais bancaire sera prélevé le mois suivant.

A retourner à: _____ Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

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