

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

CRÉANCIER : _____

SAS ANCRD

Exemple

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débitez votre compte, et votre banque à débitez 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.

CRÉANCIER : _____ F R _____

Identifiant du créancier

SAS ANCRD

Nom du Créancier

7 bis bd chancelier de l'hospital

Adresse (rue, avenue, ...)

63200 Rion

Code postal/Ville

Pays

FRANCE

Paiement récurrent / répété Paiement ponctuel / unique

DÉBITEUR : _____

Vous devez compléter les champs marqués*

*Nom / Prénom du débiteur

*Adresse (rue, avenue, ...)

*Code postal/Ville

*Pays

*Les coordonnées de votre compte IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire (International Bank Account Number)

*Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Fait à _____

Signature(s) : _____

le _____

J J m m a a a a

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

Code identifiant du débiteur _____

Indiquer 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 ici son nom. 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 du contrat _____

Numéro d'identification du contrat _____

A retourner à : _____

SAS ANCRD

7 bis bd chancelier de l'hospital

63200 Rion

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier : _____



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

CRÉANCIER :

Référence unique du mandat

SAS AMCRD
Entreprise

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.

CRÉANCIER : FR _____

Identifiant du créancier

SAS AMCRD

Nom du Créancier

7 bis bd chancelier de l'hospital

Adresse (rue, avenue, ...)

63200 Rion

Code postal/Ville

FRANCE

Pays

Paiement récurrent / répété Paiement ponctuel / unique

DÉBITEUR : Veuillez compléter les champs marqués*

*Nom / Prénom du débiteur

*Adresse (rue, avenue, ...)

*Code postal/Ville

*Pays

*Les coordonnées de votre compte IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire (International Bank Account Number)

*Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Fait à _____

Signature(s) :

le / /

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

Code identifiant du débiteur _____

Indiquer 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 ici son nom. 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 du contrat

Numéro d'identification du contrat

A retourner à :
SAS AMCRD
7 bis bd chancelier de l'hospital
63200 Rion

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :

