

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence du mandat :

Créancier :
APREMIS

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez APREMIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et _____ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de APREMIS.
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.

Votre Nom :
Votre adresse :
	Numéro et nom de la rue
	Code Postal et Ville
Votre pays :
Les coordonnées de votre compte :
	Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier :	APREMIS
Identifiant du créancier :	FR06ZZZ417972
Adresse du créancier :	21 RUE D ABBEVILLE
	Numéro et nom de la rue
	80000 AMIENS
	Code Postal et Ville
Pays du créancier :	FR
Type de paiement :	<input type="checkbox"/> Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel
Signé à
	Lieu et Date
Signature(s) :

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

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :