

Auto Bilan France S.A.S.
Avenue Georges Politzer 11-13
78190 Trappes Cedex

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez d'un droit à un remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. **Tous les champs sont obligatoires.**

Identification du mandat (A compléter par le créancier)

Référence du mandat:

Type d'encaissement: récurrent ou unique
(peut être utilisé plusieurs fois) (ne sera utilisé que pour 1 seul encaissement)

Identification du débiteur (A compléter par le débiteur)

Nom:

Adresse:

Code Postal: Ville:

Pays:

(Vous trouvez votre numéro de compte IBAN et code BIC comme information sur vos extraits de compte)

Votre numéro de compte (IBAN):

Code BIC de votre Banque:
(BIC, maximum 11 caractères)

Merci de transmettre votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Date: ____ / ____ / ____ Lieu: _____

Nom: _____

Cachet Commercial:

Signature _____

Le débiteur doit faire parvenir ce mandat au créancier.