Mandat de Prélèvement SEPA

CORPORATE ASSISTANCE

Référence unique du mandat à remplir par le créancier

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CORPORATE ASSISTANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CORPORATE ASSISTANCE. 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,
- 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 * Ville 3

* 4
Pays

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 * **CORPORATE ASSISTANCE** 7
Nom du créancier

* F R 6 7 Z Z Z 5 7 4 6 9 3 8
Identifiant du créancier

* **448 Avenue Laurent BARBERO** 9
Numéro et nom de la rue

* 8 3 6 0 0 Code Postal * **FRÉJUS** Ville 10

* **FRANCE** 11
Pays

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif ☑ Paiement ponctuel ☐ 12

Signé à * Lieu * Date 13

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.

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

Contrat concerné

Numéro d'identification du contrat

Description du contrat

A Retourner à: CORPORATE ASSISTANCE
448 Avenue Laurent BARBERO 83600 FREJUSTél: 04.98.12.52.20
Email : contact@corporate-assistance.fr- Site : www.corporate-assistance.fr
SAS au capital de 149 370 € - RCS 482 942 794 - ORIAS N° 07022701