MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA CORE

Référence Unique du Mandat

Exemplaire à nous retourner complété et signé accompagné d'un RIB

Tout mandat de prélèvement SEPA incomplet ou raturé ne pourra être traité

IDENTIFICATION DU DEBITEUR

Titulaire du compte :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

BBS

5 rue Facel Véga 28100 DREUX

Identifiant du créancier

FR77ZZZ562873

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

COMPTE à DEBITER

IBAN :

BIC :

Type de paiement : récurrent

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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.

Signé à : **le** / /

Cachet + Signature(s) obligatoire(s)

En application de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande et à l'envoi de documents ultérieurs; elles sont destinées à Sage et à ses partenaires contractuels. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces informations.