

MANDAT SEPA (modèle - document non contractuel)



MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) DigestScience à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de DigestScience.

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.

*Veillez compléter les champs marqués **

Votre Nom	*	1
		Nom / Prénoms du débiteur	
Votre adresse	*	2
		Numéro et nom de la rue	
	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3
		Code Postal	* Ville
	*	4
		Pays	
Les coordonnées de votre compte	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	5
		Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	DIGESTSCIENCE	7
		Nom du créancier	
	*	FR86ZZZ543893	8
		Identifiant du créancier	
	*	8 rue Jean Walter	9
		Numéro et nom de la rue	
	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	10
		Code Postal	* Lille
			Ville
	*	France	11
		Pays	
Type de paiement	*	Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>	12
	*	Prélèvement à effectuer chaque : <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> trimestre <input type="checkbox"/> semestre	
	*	Pour un montant de :	€
	*	Débutant le 5 du mois de :	
Signé à	* (1) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	13
		Lieu	Date : JJ/MM/AAAA

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.

A retourner à : DigestScience 8 rue Jean Walter 59000 Lille France

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

(1) Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères