

MANDAT de Prélèvement SEPA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Référence unique du mandat



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

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.

Votre Nom

Nom du débiteur

Prénom

Prénom du débiteur

Adresse

Numéro et nom de la rue

Code Postal

Ville

Pays

Téléphone

Email

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

Nom du créancier

I.C.S

Identifiant du créancier

Adresse du créancier

Type de paiement

Montant en Euros

Projet

Signé à

Lieu

--	--

Date

--	--

--	--	--	--	--

Signature(s) : Veuillez signer ici

Prière de renvoyer cet imprimé à Top Mission, en y joignant obligatoirement vos coordonnées de compte (IBAN et BIC).
 Vous devez également informer votre banque en leur retournant une copie de ce mandat.

A retourner à : TOP MISSION
B.P 53
77832 Ozoir le Ferriere cedex
France

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier