

Mandat de prélèvement

SEPA
S **€** **PA**
Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'ANGIIL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ANGIIL.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

angiil

Référence unique du mandat : **COTISATION ANGIIL**

Identifiant créancier SEPA : **FR94ZZZ251682**

Débiteur :

Votre nom _____

Votre adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

IBAN □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

BIC □□□□□□□□□□□□

A _____

Signature :

Créancier :

Nom : ANGIIL

Adresse : 12 rue Louis Renault – CS 70113

Code postal : 31133 Ville : BALMA CEDEX

Pays : France

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Le □□/□□/□□□□

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat.