

# Mandat de prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Alliance SNAPATSI

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Alliance SNAPATSI.

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.



Référence unique du mandat :

*Cadre réservé au créancier*

Identifiant créancier SEPA : **FR 75 ZZZ 546668**

**Débiteur :**

Votre nom \_\_\_\_\_

Votre adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

**Créancier :**

Nom **Alliance SNAPATSI**

Adresse **52 rue de Dunkerque**

Code postal **75009** Ville **PARIS**

Pays **FRANCE**

Coordonnées  
de votre

<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"/>	<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

*Numéro de compte bancaire international (IBAN)*

compte bancaire

<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"/>	<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

*Numéro d'identification de la banque (BIC)*

Paiement :  Récurrent/Répétitif  Ponctuel

A :

Signature :

Le :

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

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en tant voulu au créancier. En cas de réclamation, modification ou révocation d'un mandat de prélèvement SEPA, vous pouvez adresser vos demandes à Alliance SNAPATSI

***Veillez compléter tous les champs du mandat.***