

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique/ R.U.M.:

MERCI DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB) OU POSTAL (RIP)

*Veuillez compléter uniquement les champs marqués * dans « vos coordonnées » et « votre autorisation »*

Vos coordonnées

Nom *: (1)	<input type="text"/>	Prénoms *: (2) *	<input type="text"/>
Bâtiment : (3)	<input type="text"/>	Escalier : (4)	<input type="text"/>
		Etage : (5)	<input type="text"/>
		Appartement : (6)	<input type="text"/>
N° rue *: (7)	<input type="text"/>	Nom rue *: (8)	<input type="text"/>
Code postal * : (9)	<input type="text"/>	Ville *: (10)	<input type="text"/>
		Pays * : (11)	<input type="text"/>
Numéro d'identification international de votre compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) * : (12)			
<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"/>
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code) *: (13)	<input type="text"/>		

Le créancier

Nom du créancier : (14)	<input type="text" value="ADVIVO"/>
Identifiant créancier SEPA – ICS : (15)	<input type="text" value="FR53ZZZ137863"/>
Adresse : (16)	<input type="text" value="ADVIVO
1 Square de la résistance
38200 Vienne"/>

Votre autorisation

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ADVIVO à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ADVIVO. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

Type de paiement : (17)	<input type="text" value="Répétitif"/>	Lieu * : (18)	<input type="text"/>	Date * : (19)	<input type="text" value="/ /"/>
Date de prélèvement * choisie:	<input type="checkbox"/> du 02 au 05	<input type="checkbox"/> du 07 au 09	<input type="checkbox"/> du 13 au 15	Veuillez signer ici * : (20) <input type="text"/>	

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et vous (le débiteur) – fournies seulement à titre indicatif.

N° Dossier de facturation concerné: (21)	<input type="text"/>	Description : (22)	<input type="text"/>
--	----------------------	-----------------------	----------------------

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivant de la loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.