

	MANDAT de Prélèvement SEPA	
..... Indiquez ci-dessus la Référence Unique du Mandat (35 caractères maximum)		

En signant ce formulaire, vous autorisez (A) {NOM DU CREANCIER} à envoyer des instructions à votre banque pour débits votre compte, et (B) votre banque à débits votre compte conformément aux instructions de {NOM DU CREANCIER}

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	* Nom / Prénoms du débiteur	1										
Votre adresse	* Numéro et nom de la rue	2										
	* Code postal Ville	2										
	* Pays	2										
Coordonnées de votre compte	*	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 8%;"> </td><td style="width: 8%;"> </td><td style="width: 8%;"> </td><td style="width: 8%;"> </td><td style="width: 8%;"> </td><td style="width: 8%;"> </td><td style="width: 8%;"> </td><td style="width: 8%;"> </td><td style="width: 8%;"> </td><td style="width: 8%;"> </td> </tr> </table> Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)											
	*	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td> </tr> </table> Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)											
Nom du créancier	*	PARC SARL Nom du créancier	1										
	*	FR70ZZZ395189 Identifiant du créancier	2										
	*	2 RUE JEAN NOVEL Numéro et nom de la rue	2										
	*	69 006 * LYON Code postal Ville	2										
	*	France Pays	2										
Type de paiement	*	Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>											
Signé à	* Lieu	2										

.....
 Veuillez signer ici

**SIGNATURE
 OBLIGATOIRE**



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



**VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT
 COMPLETER LES ELEMENTS GRISSES CI-DESSUS, DATER, SIGNER ET NOUS
 RETOURNER LE PRESENT DOCUMENT AVEC VOTRE DOSSIER COMPLET.**