MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

SGS
AUTOMOTIVE SERVICES

+	+	F	R	5	9	Z	Z	Z	5	8	5	5	0	7									

Référence Unique du Mandat (RUM)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SGS Automotive Services à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SGS Automotive Services.

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.

DEBITEUR

Votre nom : * .....

Nom de votre société (limité à 70 caractères)

Votre adresse * .....

Numéro et nom de la rue (limité à 35 caractères)

* ..... * .....

Code postal *Ville*

* .....

Pays

Les coordonnées de votre compte

*Numéro international d'identification du compte bancaire – **IBAN** (International Bank Account Number)*

*Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank identifier Code)*

Fait à * ..... Le

Lieu *Date (JJ / MM / AAAA)*

Signature *

Veuillez signer dans le cadre ci-dessus

* Veuillez compléter les champs obligatoires

CREANCIER

Nom du créancier	SGS AUTOMOTIVE SERVICES
ICS	F R 5 9 Z Z Z 5 8 5 5 0 7
Adresse	1 PLACE DU GUE DE MAULNY
Code postal / Ville	72019 LE MANS CEDEX 2 – FRANCE
Type de paiement	* Paiement récurrent / répétitif [X] Paiement ponctuel [ ]

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

- **compléter le document ci dessous sans oublier de le signer**
- **joindre un RIB**