

Mandat de domiciliation européenne SEPA



Veuillez compléter tous les champs marqués *

référence du mandat* – à compléter par le créancier (*max. 35 caractères*)

par exemple: numéro de client chez Dentaaurum Benelux + date

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {NOM DU CREANCIER} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {NOM DU CREANCIER}. Vous bénéficiez d'un droit au remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vous pouvez obtenir auprès de votre banque des informations sur vos droits dans le cadre de ce mandat.

titulaire(s) du compte

votre nom* (*max. 70 caractères*)

rue et numéro*

code postal*

localité*

pays*

votre compte*

IBAN

BIC

créancier

nom du créancier (*max. 70 caractères*)

BE 06 222 0473 830 053

identification du créancier (*max. 35 caractères*)

Dentaaurum Benelux SPRL

rue et numéro

Britselei 31

code postal

localité

2000

Anvers

pays

Belgique

type d'encaissement*

encaissement récurrent

encaissement unique

numéro d'identification du contrat sous-jacent

Vente de produits dentaire/de laboratoire dentaire/d'orthodontie

localité*

signature(s)*

date de signature*

__ - __ - ____