

Référence
Unique du
Mandat

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Aatlantide



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société Aatlantide à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société Aatlantide.
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.
Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom *

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *

Numéro et nom de la rue

Code Postal

Ville

Pays

Les coordonnées de
votre compte *

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

JOINDRE UN RIB

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier *

Aatlantide SARL

Nom du créancier

I. C. S *

Adresse du

Créancier

11 A, chemin de la Dhuy
38 240 MEYLAN - FRANCE

Type de paiement *

Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à *

Lieu

Date

Signature(s) *

Veuillez signer ici :

Pensez à joindre un RIB

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 le débiteur – fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du
Débiteur

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour
le compte duquel le
paiement est
effectué (si différent
du débiteur lui-même)

Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre Aatlantide et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur

Tiers créancier

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné

Numéro d'identification du contrat

Acteur.fr, Service de gestion médicale en ligne

Description du contrat

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'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :

Aatlantide – Service Mandats SEPA
11 A, chemin de la Dhuy
38240 MEYLAN

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier