Print Form

Mandat de Domiciliation SEPA

4	0	1	1	0																		

Référence unique du mandat – à compléter par le Créancier

elisabeth
am sozialen diengscht zu lëtzebuerg

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 à 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.

Veuillez compléter les champs marqués *. Les champs marqués ** devront être complétés par le Créancier avant de soumettre le formulaire au Débiteur.

Votre nom	*	Nom du(des) débiteur(s) / Titulaire du compte	1
Votre adresse	*	Numéro et nom de la rue	2
	*	Code postal Localité	3
	*	Pays	4
Les coordonnées de votre compte	*	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	5
	*	Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)	6
Nom du créancier	*	**Anne asbl - Maison Relais Schoulkauz** Nom du créancier	7
	**	**LU19ZZZ0000000008351001007** Identifiant du créancier	8
	**	**A Millefeld 21** Numéro et nom de la rue	9
	**	**L-9776 Wilwerwiltz** Code postal Localité	10
	**	**Luxembourg** Pays	11

Type de paiement * Paiement récurrent/répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐ 12

Signé à (Lieu) Date * 13

Signature(s)

Veuillez signer ici *

Note: Vos droits concernant le mandat ci-dessus 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	14
Personne pour le compte de laquelle le paiement est effectué (Tiers Débiteur différent du débiteur)	Nom du Tiers Débiteur: si votre paiement concerne un accord passé entre (NOM DU CREANCIER) 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.	15
	Code d'Identification du Tiers Débiteur	16
	Nom du Tiers Créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers	17
	Code d'Identification du Tiers Créancier	18
Contrat concerné	Numéro d'Identification de ce contrat	19
	Description du contrat	20

A retourner à :

Anne asbl - Maison Relais Schoulkauz
A Millefeld 21
L-9776 Wilwerwiltz

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier