

FORMULAIRE SEPA SDD CORE SAVBOX FRANCE

SAVBOX France

72 Rue de la République - Bât SeineInnopolis

76140 Le Petit Quevilly

Tél : 02 30 32 17 00

www.savbox.fr - contact@savbox.fr

Appel gratuit,
depuis un poste fixe

0 805 692 444



Savbox France pourra utiliser l'autorisation de prélèvement ci-jointe exclusivement pour le paiement des factures. Leurs montants seront débités sur mon compte le 5 de chaque mois pour le mois en cours.

Autorisation de prélèvement SEPA SDD CORE récurrent

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise SAVBOX France à envoyer des instructions à notre banque pour débiter notre compte, et notre banque à débiter notre compte conformément aux instructions de SAVBOX France. Ce mandat est dédié aux prélèvements SEPA. Nous bénéficions du droit de demander à notre banque le remboursement d'un prélèvement SEPA SDD CORE une fois que le montant est débité de notre compte. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit du compte.

| Créancier | | Titulaire du compte | | | | RUM : | |
|--|--|---|--|-----------|--|---------|----------------|
| N° ICS : FR 95 ZZZ 579233 | | Nom, Prénom ou Raison sociale : | | | | | |
| Organisme créancier | | Adresse : | | | | | |
| SAS Savbox France | | CP : | | Ville : | | | |
| 72 Rue de la République -76140 Le Petit Quevilly | | Joindre impérativement votre RIB | | | | | |
| Signature | | Compte à débiter | | | | | |
| Fait à : Date : Nom : | | Signature + cachet | | Agence : | | | |
| | | | | Adresse : | | | |
| | | | | CP : | | Ville : | |
| | | | | IBAN | | | -- -- -- -- -- |
| | | | | Code BIC | | | |