



AS 24
Parc Tertiaire Ar Mor - 1, Boulevard du Zénith - BP 90272
44 818 SAINT-HERBLAIN Cedex
France
Identifiant du créancier : FR54ZZZ326704

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT

A compléter par le créancier

FR0001CORI8290 0 0 0 1 1 3

TYPE DE PAIEMENT :



Païement
récurrent/répétitif



Païement
ponctuel

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) AS 24 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AS 24.

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.

Veillez compléter les champs marqués * :

Votre nom *
ou dénomination commerciale
Nom du débiteur (s) SAUADE 2 FWID LYON

Votre adresse *
Numéro et nom de la rue 188 AV DE PRESSONSE

Code postal et ville * 69 200

Pays * VENISSIEUX

IBAN *
(International Bank Account Number) - Numéro d'identification internationale du compte bancaire
Les coordonnées de votre compte FR76102718008650002006450132

BIC (Bank Identifier Code) * CMC1FR2A
Code international d'identification de votre banque

Nom du signataire
Signataire habilité sur le compte susmentionné BILLO DUMAND

Signé à *
Date * 03/06/2022

Signature(s) * :
Veillez signer ici

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

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

FR/FR core