

**Mandat de prélèvement SEPA**  
**SEPA Direct Debit Mandate**

|                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Référence unique du mandat</b> <small>Mandate reference</small><br><b>852289842-50001</b>          |
| <b>Identifiant du créancier</b> <small>Creditor Identifier</small><br>FR04ZZZ491049                   |
| <b>Nom du Créancier</b> <small>Creditor's name</small><br>Endesa Energia Succursale France            |
| <b>Numéro et nom de la rue</b> <small>Number and name of the street</small><br>10 BOULEVARD HAUSSMANN |
| <b>Code Postal - Ville</b> <small>Postal Code - City-Town</small><br>75009 - PARIS                    |
| <b>Pays</b> <small>Country</small><br>FRANCE                                                          |

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Endesa Energia Succursale France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Endesa Energia Succursale France. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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.

*By signing this mandate form, you authorize (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited*

|                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Raison Sociale du débiteur</b> <small>Name of the debtor</small><br><b>PHARMACIE DE SAINT-PIERRE</b>           |
| <b>Votre adresse (Numéro et nom de la rue)</b> <small>Address of the debtor</small><br>54 Chemin de la Messe -    |
| <b>Code Postal - Ville</b> <small>Postal Code - City - Town</small><br>76480 - SAINT PIERRE DE VARENCEVILLE       |
| <b>Pays</b> <small>Country of the debtor</small><br>France                                                        |
| <b>Swift BIC</b><br>CEPAFRPP142                                                                                   |
| <b>Les coordonnées de votre banque - IBAN</b> <small>Account number - IBAN</small><br>FR7611425009000800318697931 |

**Type de paiement** Type of payment**Paiement récurrent** Recurrent payment

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Signé le</b> <small>Date-location in which you are signing</small><br>06/09/2023 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                               |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Signature</b> <small>Signature of the debtor</small><br><div>DocuSigned by:<br/><br/>FA61408C52ED413</div> | <b>TVA</b><br>FR75852289842 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

**Tous les champs doivent être obligatoirement remplis.**  
**Après signature ce mandat doit être envoyé au créancier pour son archivage.**