


# Mandat de domiciliation européenne SEPA



 Veuillez compléter tous les champs marqués \*

**référence du mandat\*** – à compléter par le créancier (max. 35 caractères)

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 au 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.

Vous pouvez obtenir auprès de votre banque des informations sur vos droits dans le cadre de ce mandat.

## titulaire(s) du compte

**votre nom\* (max. 70 caractères)**

**rue et numéro\***

**code postal\***

**localité\***

**pays\***

**votre compte\***

**IBAN** .....

**BIC** .....

## créancier

nom du créancier\* (max. 70 caractères)

BELGIAN SOCIETY OF VASCULAR SURGERY

identification du créancier\* (max. 35 caractères)

BSVS

rue et numéro\*

AVENUE DE WINSTON CHURCHILL 11

code postal\*

localité\*

1180

BRUXELLES

pays\*

LA BELGIQUE

## type d'encaissement\*

encaissement récurrent

encaissement unique

numéro d'identification du contrat sous-jacent

localité\*

date de signature\*

.. - - . - - . - - . - - .

**signature(s)\***