Afi·Esca
Groupe Burrus

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

LILLE

Référence Unique du Mandat : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société AFI ESCA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société AFI ESCA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
De plus, vous acceptez également que le délai de notification préalable soit porté à 7 jours calendaires.

*Veuillez remplir obligatoirement les champs marqués **

Informations relatives au mandat

Votre nom et prénom ou raison sociale [1] * : _____

Votre adresse * : _____

Code postal * : |_|_|_|_|_| Ville * : _____

Pays * : _____

Les coordonnées de votre compte * : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Nom du créancier : AFI ESCA

Identifiant Créancier SEPA : FR14ZZZ006548

Adresse : 4, square Dutilleul

Code postal : 59042 Ville : LILLE CEDEX

Pays : FRANCE

Type de paiement * : ☐ Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel

Signé à [2] : _____ Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature(s) * :

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

[1] La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
[2] Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères

SEPA_LILLE_0720

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par AFI ESCA, que pour la gestion de sa relation avec le signataire du présent mandat. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition, de limitation et de portabilité conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi relative à la protection des données personnelles du 20 juin 2018.

AFI ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Entreprise régie par le code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. **Merci d'adresser toute correspondance à :** AFI ESCA - 4, square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.