

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE SEPA - CORE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Cares Assistance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **CARES ASSISTANCE**.

Vous bénéficiez d'un droit de 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.

En signant ce document, vous confirmez que l'information suivante est correcte et que vous acceptez le mandat.

LES INFORMATIONS

Vos informations:

Nom & prénom: _____

Rue: _____ Numéro: _____ Boîte: _____

Code postal _____ Ville: _____

Pays: _____ E-mail: _____

N° de compte: BE _____

Information du créancier:

Créancier: **Cares-Assistance, Rozebeeksestraat 44, 8860 Lendeledede** N° créancier: **BE46ZZZ0883745125**

Info d'encaissement: Jour de paiement souhaité vers le 5 ième 10 ième jour ouvrable du mois.

Type d'encaissement: récurrent.

Référence du mandat* _____

**exemple.: xxxxxxxnomprénom EN MAJUSCULE, sans signes de ponctuation, accents et en un mot*

Date (jour/mois/année) _____ / _____ 20____

Signature(s)

Lieu: _____