



MANDAT de Prélèvement SEPA

T A B 0 0 0 0 1 0 0 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Référence unique du mandat

TELEASSISTANCE
BELGIUM

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez TELEASSISTANCE BELGIUM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de TELEASSISTANCE BELGIUM. 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. - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Veuillez compléter les champs marqués *

1 **Votre Nom*** _____
Nom / Prénoms du débiteur

2 **Votre adresse*** _____
Numéro et nom de la rue

Code postal _____ Ville _____

_____ *Pays*

5 **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)*

7 **Nom du créancier*** _____
SPRL TELEASSISTANCE BELGIUM
Nom du créancier

BE15ZZZ0678588937
Identification du créancier

_____ *CHAUSSEE DE WAVRE 154*
Numéro et nom de la rue

Code postal _____ Ville IXELLES

_____ *Belgique*
Pays

12 **Type de paiement*** Paiement récurrent / répétitif Paiement Ponctuel

13 **Signé à** _____
Lieu _____ *Date jj/mm/aaaa*

Signature(s)
Veuillez signer ici _____

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

14 **Code Identifiant du débiteur** _____
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

15 **Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)** _____
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre (NOM DU CREANCIER) et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

_____ *Code identifiant du tiers débiteur*

_____ *Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.*

_____ *Code identifiant du tiers créancier*

19 **Contrat concerné** _____
Numéro d'identification du contrat

_____ *Description du contrat*

A retourner à : _____ **Zone réservée à l'usage exclusif du créancier**