Mandat de domiciliation européenne SEPA

AIDE & SOINS A DOMICILE

ⓘ Veuillez compléter tous les champs marqués en caractères imprimés*

référence du mandat*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ASBL Aide & Soins à Domicile en Province de Namur à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ASBL Aide & Soins à Domicile en Province de Namur.

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*

ASBL Aide & Soins à Domicile en Province de Namur

identification du créancier*

BE 93 ZZZ 0410 333 160

rue et numéro*

Avenue de la Dame, 93

code postal* localité*

5100 **JAMBES**

pays*

BELGIQUE

type d'encaissement*

☐ encaissement récurrent ☐ encaissement unique

numéro d'identification du contrat sous-jacent*

localité*

signature(s)*

date de signature*

_ _ - _ _ - _ _ _ _