

# Mandat de prélèvement SEPA Direct Debit - SDD

## IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

*Vous vous engagez avec l'entreprise suivante :*

Nom SYNDICAT DES VINS DE VAUCLUSE

Adresse 8 ROUTE DE CARPENTRAS

Code Postal 84190 Ville BEAUMES DE VENISE

ICS FR64ZZZ577657

## REFERENCE DU MANDAT

*Cette Référence Unique du Mandat est à conserver et à rappeler dans tous vos courriers*

**Votre numéro CVT :**

### Conditions générales d'utilisation de votre mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SYNDICAT DES VINS DE VAUCLUSE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de paiement de SYNDICAT DES VINS DE VAUCLUSE. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

## IDENTIFICATION DU CLIENT

*En ce qui vous concerne, nous avons besoin des éléments suivants :*

Votre nom et Prénom

Nom

Prénom

Votre adresse

N° et Rue

Code Postal

Ville

Vos coordonnées  
bancaires

BIC

*Le BIC est le Code International d'identification de votre banque*

IBAN

*Votre IBAN est le numéro d'identification internationale de votre compte*

Type de paiement Récurrent ☒

Ponctuel ☐

Votre signature

Date

Ville BEAUMES DE VENISE

*Date de signature de votre mandat*

*Lieu de signature de votre mandat*

*Votre signature validant votre autorisation*

REFERENCE DU CONTRAT N. d'identification du contrat

Description du contrat