

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

A compléter, dater, signer, accompagner d'un RIB et envoyer par email à  
[administratif@actimac.fr](mailto:administratif@actimac.fr)

Compte client Actimac :

Date de prélèvement : 30 jours net date de facture

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société ACTIMAC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société ACTIMAC

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

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

**Référence Unique Mandat : RUM** (réservée au créancier) :

.....

### Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom ou Société (\*) .....

.....

Adresse (\*) .....

.....

Code postal (\*) .....

Ville (\*) .....

Pays (\*) .....

**Identifiant Créancier SEPA** : FR62ZZ Z442378

Société : ACTIMAC

Adresse : 5 avenue de Cambridge

Code postal : 14200

Ville: Hérouville Saint-Clair

Pays: France

### Compte à débiter

BIC (\*) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN (\*) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Veuillez compléter tous les champs (\*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier.**

Le (\*) : 

--	--

--	--

--	--	--	--

A (\*) : .....

Signature du titulaire du compte à débiter (\*)