



**Nom créancier/Creditor's name :** ALPHATRAD BUSINESS CENTER  
**Identifiant créancier/Creditor's identification :** FR24ZZZ888E9C  
**Adresse créancier/Creditor's Address :** 15 Rue du Roussillon 91220 - Brétigny-Sur-Orge FR  
**Contact SEPA :** T : +33 1 87 33 00 35 / @ : compta-fr@alphatrad.com

### Mandat de domiciliation européenne SEPA/SEPA Direct Debit Mandate

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. D'un commun accord, vous renoncez à la pré notification du débit 14 jours avant l'échéance. Toutefois, les informations concernant le débit seront mentionnées sur votre facture.  
 Vous bénéficiez d'un droit à un 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 ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

*By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. All parties hereby agree to forgo prior notification of the operation 14 days before the debit. However, all debit information will be published on your invoice. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.  
 Your rights regarding this mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

\* Tous les champs sont obligatoires / All fields are mandatory

#### Identification du mandat/Mandate identification (A compléter par le créancier/to be completed by the Creditor)

Référence du mandat / *mandate reference* :

| - | | | | | - | | | | | | | |

Type d'encaissement / *Type of payment*:  récurrent ou/or  unique / *one-off*

#### Identification institution financière du débiteur/Identification financial institution of debtor (A compléter par le débiteur / to be completed by the Debtor)

Nom / *Name* : .....  
 Ad(d)ress(e) : .....  
 PostCode Postal : ..... Ville/City : ..... Pays/Country : .....

#### Identification du débiteur / Debtor identification (A compléter par le débiteur/To be completed by the Debtor)

Nom/*Name* : .....  
 Ad(d)ress(e) : .....  
 PostCode Postal : ..... Ville / *City* : .....  
 Pays / *Country* : .....  
 Votre numéro de compte / *Your Account Number (IBAN)* : .....  
 Code BIC Banque / *Bank Identifier Code (BIC)* :: .....

Date : ..... / ..... / ..... Lieu / *Place* : .....

Nom / *Name* : ..... Signature<sup>1</sup>: .....

(1) Le débiteur doit faire parvenir ce mandat au créancier. *The debtor must send this mandate to the creditor.*