



Gammes asbl

Ch. de Charleroi 123 A
B-1060 Bruxelles

Tél. : 02 537 27 02
Fax: 02 538 82 49

info@gammesasbl.be
www.gammesasbl.be

Mandat de domiciliation européenne SEPA

Référence du mandat (à compléter par le créancier) :

.....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **GAMMES ASBL** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **GAMMES ASBL**.

Vous bénéficiez d'un droit à 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.

Veuillez compléter les champs marqués *. 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*

Lieu*

.....

Pays*

.....

Votre compte*

IBAN _____

BIC _____

Créancier

Nom du créancier (max 70 caractères)
GAMMES ASBL

Identification du créancier (max. 35 caractères)
BE18ZZZ0467262064

Rue et numéro
Chaussée de Charleroi 123A bte 4

Code postal
1060

Lieu
Bruxelles

Pays
Belgique

Type d'encaissement

Encaissement récurrent Encaissement unique

Numéro d'identification du contrat sous-jacent*

.....

Lieu*

.....

Date de signature*

.....

Signatures(s)*

