



## CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATEGIQUES ET SERVICES GENERAUX

### Demande de Carte

#### 1. À remplir par la Société- SUITE

**Signature du 1<sup>er</sup> mandataire habilité par la Société**

Nom :

Fonction dans la Société :

**Obligatoire : Date et signature manuscrite**

Date

**Signature du 2<sup>ème</sup> mandataire habilité par la Société (si 2 signatures sont requises par la Société)**

Nom :

Fonction dans la Société :

**Obligatoire : Date et signature manuscrite**

Date

#### 2. À remplir par le bénéficiaire de la Carte

M.  Mme  Mlle

Nom :

Prénom :

Nom de naissance **obligatoire** :

Date et lieu de naissance **obligatoire** :  à :

Nom de naissance de votre mère **obligatoire** :

(celui-ci sera utilisé comme mot de passe, en cas de besoin, à des fins d'identification et de protection contre la fraude)

Fonction dans la Société :

Téléphone professionnel :  Portable professionnel :

Code du service (si nécessaire) :  N° d'employé (si nécessaire) :

Adresse personnelle **obligatoire** :

Code postal :  Ville :

Téléphone :

Adresse e-mail **obligatoire** :

Celle-ci ne sera utilisée qu'à des fins non commerciales, à moins que vous ne cochiez la case ci-dessous. Si vous désirez recevoir par email des offres personnalisées, ou des informations concernant les produits et les services American Express, merci de cocher la case ci-contre :

Nous ne transmettons pas votre adresse email à un tiers. Vous pouvez à tout moment demander à ne plus recevoir d'offres commerciales électroniques en nous indiquant l'adresse email concernée dans la rubrique Confidentialité/Protection des données nominatives de notre site Internet [www.americanexpress.fr](http://www.americanexpress.fr)

**Obligatoire : Date et signature manuscrite du bénéficiaire**

Date

**CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATEGIQUES ET SERVICES GENERAUX**

## Demande de Carte

### Mandat de prélèvement SEPA mensuel

Nom du Titulaire du compte :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
	<input type="text"/>
Pays :	<input type="text"/>
<b>Coordonnées bancaires :</b>	
IBAN :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BIC :	<input type="text"/>
Nom de votre banque actuelle :	<input type="text"/>
Adresse de la Société :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
	<input type="text"/>

### Identifiant SEPA American Express Carte France FR 48 ZZZ 101869

AMERICAN EXPRESS CARTE - FRANCE  
 4, rue Louis Blériot  
 92561 RUEIL-MALMAISON CEDEX  
 FRANCE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez American Express Carte France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'American Express Carte France.

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.

**Signature manuscrite du Titulaire du compte à débiter**

  
  
  

Date