



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE RÉGULIER SEPA

## MODIFICATIONS DES COORDONNÉES BANCAIRES

Numéro de carte

### Coordonnées du titulaire du compte à débiter

Dénomination sociale de l'Entreprise

  

Adresse personnelle

Code postal

Ville

### Informations créancier

Identifiant SEPA American Express 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.

### Agence bancaire / compte à débiter

Votre compte bancaire doit être affecté uniquement à votre activité professionnelle

Nom de l'agence bancaire

Référence BIC

Adresse

IBAN

Code postal

Ville

Signature **du titulaire du compte à débiter**



OBLIGATOIRE

Date

## TRÈS IMPORTANT

MERCI DE RENVoyer CET IMPRIMÉ À AMERICAN EXPRESS CARTE FRANCE EN Y JOIGNANT  
OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE ET UN EXTRAIT K-BIS