



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE RÉCURRENT SEPA

MODIFICATIONS DES COORDONNÉES BANCAIRES

Numéro de carte

Coordonnées du titulaire du compte à débiter

Prénom

Nom

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 – 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

Nom de l'agence bancaire

Adresse

Code postal

Ville

Référence BIC

IBAN F.R.

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