



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE RÉGULIER SEPA

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  
8-10 RUE HENRI SAINTE-CLAIRE DEVILLE  
92506 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

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**