



Merci de nous indiquer votre :

Numéro de Téléphone : /

Adresse email :

Référence Client :

Nom du Client :

AUTORISATION DE PRELEVEMENT SEPA

Nom du Créancier : **AMARIZ LIMITED**

Identifiant Créancier SEPA : **FR02ZZZ476535**

En signant ce formulaire vous autorisez AMARIZ LIMITED à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AMARIZ LIMITED. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom, Prénom et Adresse du Débiteur

Nom Prénom.....

Adresse

Code Postal Ville Pays.....

DATE ET SIGNATURE

Désignation du Compte à Débiter (Joindre votre RIB) :

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Merci de joindre un original de votre Relevé d'Identité Bancaire pour les prélèvements ici

Si vous souhaitez recevoir vos remboursements par virement, merci de joindre votre Relevé d'Identité Bancaire ici ou cochez pour recevoir vos remboursements sur le même compte que les prélèvements