

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

1. Le créancier avec numéro d'identification BE55ZZZ0455530509 (à savoir Isabel SA) à donner instruction à la banque référencée ci-dessous ("votre banque") de débiter un montant du compte mentionné ci-dessous ("votre compte") et,
2. Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier portant le numéro d'identification BE55ZZZ0455530509.

Vous bénéficiez du droit de demander à votre banque le remboursement des montants déduits de votre compte sur base d'une domiciliation européenne aux conditions définies dans la convention que vous avez conclu avec elle à ce sujet. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les huit (8) semaines suivant la date à laquelle le montant a été débité de votre compte.

À remplir par le Client

Pour un encaissement : Récurrent Unique

Nom du débiteur :

Rue/ numéro/BP :

Code postal/ ville/ pays :

Numéro de TVA :

Numéro de compte IBAN :

Code BIC :

Isabel 6 user ID : 5 - - -

Important

- Pré-notification SDD : Vous serez informé par Isabel SA de la survenance de débits liés au présent mandat dix jours à l'avance, via les factures que cette dernière vous adressera.
- Votre abonnement Isabel 6 ne prendra pas cours avant que le présent mandat, dûment rempli et signé, ait été réceptionné par Isabel.

À remplir par Isabel SA

Référence mandat :

Numéro du contrat sous-jacent conclu
(entre le créancier et le débiteur)

Établi à (ville) le (date)

Signature d'une personne légalement autorisée :

Nom :

Fonction :