

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE RÉCURRENT SEPA MODIFICATIONS DES COORDONNÉES BANCAIRES

Numéro de carte 3 7 4 9	
Coordonnées du titulaire du compte à débiter	Informations créancier
Prénom	Identifiant SEPA American Express FR 48 ZZZ 101869
Nom	AMERICAN EXPRESS CARTE-FRANCE 4, RUE LOUIS BLÉRIOT
Adresse personnelle	92561 RUEIL-MALMAISON – FRANCE
Code postal	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
Ville	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	Référence BIC
Adresse	IBAN F,R, , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Code postal	Signature du titulaire du compte à débiter
Ville	OBLIGATOIRE Date

TRÈS IMPORTANT

MERCI DE RENVOYER CET IMPRIMÉ À AMERICAN EXPRESS CARTE FRANCE EN Y JOIGNANT

OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE