BE15ZZZ0423837837
DE DUVE INSTITUTE
Av. Hippocrate 75
1200 Bruxelles
Belgique

RÉFÉRENCE DU MANDAT

Ne pas remplir (Réservé à l'Institut de Duve)

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE SEPA Core

POUR UN PRÉLÈVEMENT D'UN MONTANT DE ____ , __ €

RÉCURRENT ☐ MENSUEL ☐ ANNUEL

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **De Duve Institute – BE15ZZZ0423837837** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **De Duve Institute – BE15ZZZ0423837837**.*

Vous bénéficiez d'un droit de 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. Votre banque vous fournira volontiers plus d'informations concernant vos droits et obligations.

Je soussigné,

Nom du débiteur .....

Rue et numéro .....

Code postal et ville .....

Pays .....

Email .....

Téléphone .....

N° de compte IBAN

Code BIC

Date (jour/mois/année)

Lieu

Signature