

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Nom et adresse du débiteur

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT :

En signant ce formulaire de mandat⁽¹⁾, vous autorisez Amundi ESR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Amundi ESR.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites que vous avez passées 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⁽²⁾,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

(1) Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

(2) En cas de demande de remboursement abusive ou injustifiée, vous reconnaissez être redevable des coûts générés par le traitement du dossier de rejet par Amundi ESR.

Compte à débiter

IBAN BIC

Signé à : Le :

Signature (obligatoire) :

Nom et adresse du créancier

Amundi ESR
26956 Valence Cedex 9 - France
ICS : FR84ACA462837

Type de Mandat

Paiement ponctuel