

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA INTERENTREPRISES

Vous devez signer ce mandat puis le transmettre à votre établissement bancaire.

 Assurez-vous que votre établissement bancaire a enregistré la RUM ci-dessous

 avant tout premier paiement sur le compte désigné.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Direction Générale des Finances Publiques à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Direction Générale des Finances Publiques.

Ce mandat est dédié aux prélèvements SEPA interentreprises. **Vous n'êtes pas en droit de demander à votre banque le remboursement d'un prélèvement SEPA interentreprises une fois que le montant est débité de votre compte. Vous pouvez cependant demander à votre banque de ne pas débiter votre compte jusqu'au jour de l'échéance.**

Veuillez compléter les champs marqués *

Référence Unique de Mandat (RUM)																																	
n	n	4	7	7	8	9	2	6	6	5	D	G	F	I	P	2	0	2	4	8	9	2	1	0	3	L	Y	I	D	P	I	0	3
SIREN (ou IDSP) du débiteur											4	7	7	8	9	2	6	6	5														
Raison sociale du débiteur		SELARL CHIRUGIEN DENTISTES DU BD M LAUZE																															
Titulaire du compte bancaire (pouvant être différent du débiteur)																																	
Civilité / Forme juridique		SELARL		Nom / Prénom ou raison sociale		SELARL DES CHIRURGIENS DENTISTES																											
Adresse		78, BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE FRANCE																															
Coordonnées du compte - IBAN																																	
F	R	7	6	3	0	0	0	3	0	3	2	1	5	0	0	0	2	0	0	1	1	2	5	9	3	8							
Bank Identifier Code - BIC. Vous devez compléter ce champ seulement si votre établissement bancaire est situé hors de l'Espace Économique Européen.																																	

Nom du créancier		Direction Générale des Finances Publiques																							
Identifiant Créancier SEPA		F	R	4	6	Z	Z	Z	0	0	5	0	0	2											
Adresse*		SIE MARSEILLE BORDE CS 90001 22 RUE BORDE 13265 MARSEILLE CEDEX 08 FRANCE																							
Type de paiement		Paiement récurrent																							
Lieu*		A MARSEILLE, le														Date*		1	2	0	7	2	0	2	4

Veuillez signer ici *

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées que par la Direction Générale des Finances Publiques. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par le débiteur/payeur, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

SEPA BUSINESS-TO-BUSINESS DIRECT DEBIT MANDATE

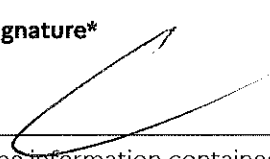
***You must sign this mandate and then send it to your bank.
Make sure your bank has registered the RUM below
before making first payment from the designated account.***

By signing this mandate form, you authorise the Public Finances Directorate General to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Public Finances Directorate General.

This mandate is only intended for business-to-business transactions. **You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due.**

Please complete all the fields marked *

Mandate Reference (RUM)																																																			
n	n	4	7	7	8	9	2	6	6	5	D	G	F	I	P	2	0	2	4	8	9	2	1	0	3	L	Y	I	D	P	I	0	3																		
Debtor's SIREN (or IDSP) code														4	7	7	8	9	2	6	6	5																													
Debtor's name		SELARL CHIRUGIEN DENTISTES DU BD M LAUZE																																																	
Bank account holder (may be different from debtor)																																																			
Legal form		SELARL						Company name						SELARL DES CHIRURGIENS DENTISTES																																					
Address		78, BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE FRANCE																																																	
Account number - IBAN																																																			
F	R	7	6	3	0	0	0	3	0	3	2	1	5	0	0	0	2	0	0	1	1	2	5	9	3	8																									
Bank Identifier Code – BIC. You have to complete this field only if your bank is located outside the European Economic Area.																																																			

Creditor's name		Public Finances Directorate General																																						
Creditor's SEPA identifier														F	R	4	6	Z	Z	Z	0	0	5	0	0	2														
Address*		SIE MARSEILLE BORDE CS 90001 22 RUE BORDE 13265 MARSEILLE CEDEX 08 FRANCE																																						
Type of payment		Recurrent payment																																						
Location*		MARSEILLE														Date*		1	2	0	7	2	0	2	4															
Signature*																																								
The information contained in this mandate is intended for use by the Public Finances Directorate General only. The debtor/payer can oppose, access or modify the data, pursuant to Article 38 of Act no. 78-17 of 6 January 1978, regarding data processing and freedom of information.																																								