Mandat de domiciliation SEPA - Core

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **l'Association Luxembourgeoise du Diabète ALD asbl**. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ALD. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec celle-ci. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre demande. Le délais pour le remboursement d'un encaissement non autorisé est de 13 mois.

Veuillez compléter les champs marqués * :

Référence unique du mandat	……
*Nom du débiteur	……
*Adresse et numéro du débiteur	……
*Code postal / ville du débiteur	……
*Pays de résidence du débiteur	……
*Numéro de compte IBAN du débiteur	……I……I……..…..I…..……..I……..
*Le code BIC de la banque du débiteur	……

Nom du créancier	Association Luxembourgeoise du Diabète asbl.
Identifiant créancier	LU57ZZZ0000000006011034015
Adresse et numéro du créancier	143, rue de Mühlenbach
Code postal et ville du créancier	L-2168 Luxembourg
Pays du créancier	Luxembourg
Type du paiement	Domiciliation

*Lieu et date de signature …… ……/……/……..

*Signature(s)