redefining / standards

Mandat de prélèvement SEPA

domiciliation

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AXA Wealth Europe à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AXA Wealth Europe.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Vos nom et prénom / Raison sociale : SAS DOMAINE AF GROS

Votre Email : afgros@me.com

Votre adresse : LA GARELLE 5 GRANDE RUE

Numéro et nom de la rue

21630 POMMARD

Code Postal Ville

France

Pays

Les coordonnées de votre compte : FR76 1100 6210 0406 4423 4000 175

Les coordonnées de votre compte

AGRIF RPP 810

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Merci de fournir un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Nom du créancier : **AXA Wealth Europe**

1, place de l'Etoile L-1479 LUXEMBOURG

Identification : **LU80ZZZ0000000000000001704**

Type de paiement : Paiement unique

Montant (facultatif) : 2600000,00 EUROS

Signé à : Signé par ANNE FRANCOISE PARENT GROS Le 17/04/2025 ...../...../.....

Date

Signed with universign

Signature(s)

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

Mandat de prélèvement SEPA-EUROS 11.2019