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 : CAROLINE PARENT ET ASSOCIES

Votre Email : cparentgros@gmail.com

Votre adresse : 10B rue des Naigeons

Numéro et nom de la rue

21200 Beaune

Code Postal Ville

France

Pays

Les coordonnées de votre compte : FR76 1100 6210 0452 1067 7907 439

Les coordonnées de votre compte

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

AGRIFRPP810

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

Nom du créancier : **AXA Wealth Europe**

1, place de l'Etoile L-1479 LUXEMBOURG

Identification : **LU80ZZZ000000000000001704**

Type de paiement : Paiement unique

Montant (facultatif) : 500000,00 EUROS

Signé à :

Signature(s)

Signé par CAROLINE PARENT
Le 17/04/2025

Signed with universign

Signé par CORINNE ROBERT-BETHUNE
Le 17/04/2025

Signed with universign

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