

Mandat de domiciliation européenne SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez BHI Dental S.A. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de BHI Dental S.A.

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

Vous pouvez obtenir auprès de votre banque des informations sur vos droits dans le cadre de ce mandat.

Identification du mandat: (votre numéro de client)

Le bénéficiaire

Nom: BHI Dental S.A.
Adresse: Boîte postale 34
Code Postal: B-2370
Ville: Arendonk
Pays: Belgique
Indentification du créancier: BE66ZZZ0420717011

Vos données

Nom (d'entreprise): _____
Nom et Prénom: _____
Adresse: _____
Code Postal: _____ Ville: _____
Pays: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Signature

Nom: _____
Localité: _____
Date de signature: _____ Signature: _____

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce formulaire et nous le retourner, signé, par e-mail à vente@bhi.be ou par fax au 02 - 381 24 72.

Vous pouvez également nous le retourner par la poste via la Boîte Postale 34 à 2370 Arendonk.