



Mandat de domiciliation européenne
SEPA Direct Debit Mandate

La référence du mandat - à remplir par le créancier / *Mandate reference - to be completed by the creditor*
* KH20231002101144081917

Votre nom * GOBLET CHRISTIAN
Your name Nom du titulaire du compte / *Name of the debtor*

Votre adresse * RUE DES QUAIRES 19
Your address Rue et numéro / *Streetname and number*
* 5650 WALCOURT
Code postal et commune / *Postal code and City*
* BELGIQUE
Pays / *Country*

Nom du créancier * Beobank NV/SA
Creditor's name Nom du créancier / *Creditor name*
* BE0401517147
Identification du créancier / *Creditor Identifier*
* Boulevard du Roi Albert II 2
Rue et numéro / *Streetname and number*
* 1000 Bruxelles
Code postal et commune / *Postal code and city*
* Belgium
Pays / *Country*
*
Créancier final : ce champ doit être rempli si le créancier fait des encaissements au nom d'un tiers
Creditor reference party : creditor must complete this section if collecting payment on behalf of another party

Votre compte à vue * BE86109650686850
Your account number Numéro de compte IBAN / *Account number - IBAN*
* CTBKBEBXXX
Adresse BIC de la banque / *SWIFT BIC*

Le débiteur *
Veuillez remplir ce champ uniquement si vous effectuez ce paiement au nom d'un tiers (vous payez la facture pour une autre personne).
Cette zone doit rester vierge si cela concerne votre propre facture

Person on whose behalf *Debtor Reference Party : if you are making a payment in respect of an arrangement between BEOBANK NV/SA and another person*
payment is made *(e.g. where you are paying the other person's bill), please write the onther person's name here. If you are paying on your own behalf, leave blank.*

Pour le contrat * 950210527519
In respect of the contract Numéro de contrat - Référence / *Identification number of the underlying contract*
* BEOBANK VISA
Description du contrat / *Description of the contract*

Type de paiement 2
Type of payment * Encaissement unique / *One-off payment = 1*
* Encaissement récurrent / *Recurrent payment = 2*

Signé à * BRUXELLES
City or town in which you are signing Lieu / *Location*

Date * 02/10/2023
Date
* **Signature(s) titulaire(s) du compte / Signature(s) account holder(s)**
Par votre signature, vous marquez votre accord sur les droits et obligations définis au verso du présent document
By signing this document, you agree with the rights and duties mentioned on the back of this document

Veuillez signer
Please sign here

A retourner à / Please return to :

Réservé au créancier / Creditor's use only

BEOBANK NV/SA - Cards Dept
Boulevard du Roi Albert II 2
B-1000 Bruxelles

Vous trouverez vos droits et obligations au verso de ce document.
Your rights and obligations are mentioned on the back of this document

En signant le mandat vous autorisez

- (A) BEOBANK NV/SA à envoyer des encaissements à votre banque afin de débiter votre compte et
- (B) votre banque à débiter votre compte selon les instructions reçues de BEOBANK NV/SA.

Sous certaines conditions, vous avez le droit de demander à votre banque le remboursement d'une domiciliation.

Le délai pour demander le remboursement prend fin 8 semaines après le débit effectué sur votre compte. Votre banque vous fournira volontiers plus d'informations concernant vos droits et obligations.

Veuillez remplir tous les champs qui sont indiqués par un*.

By signing this mandate form, you authorise

- (A) BEOBANK NV/SA to send instructions to your bank to debit your account and
- (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from BEOBANK NV/SA.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank.

A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Please complete all the fields marked*.