

Formulaire de changement (LUX)

Prrière de soumettre à : **cs_luxembourg@worldline.com**

Partner/Account ID 1 7 3 0 7 2 5

Partenaire Affilié ACCESS REPARATION
 Pour renseignements Téléphone +352691359253 E-mail administratif@accessreparation.com

Données de la société (nouvelles) Rue/no 19 rue de l'industrie
 CP/lieu 8069 Bertrange Pays Luxembourg
 Téléphone +352691359253 E-mail administratif@accessreparation.com
 URL https://accessreparation.com
 Forme juridique S.A.R.L No. TVA L U 3 5 4 0 9 0 4 8

Personne de contact (nouvelle) Au siège principal Succursale/lieu d'exploitation Remplacement de _____
 Prénom Wassim Nom ahsina Fonction Gerant administratif
 Mme M. Téléphone +352691359253 E-mail administratif@accessreparation.com

Adresse abrégée _____ Pour le relevé du titulaire de la carte (max. 21 caractères)

Représentant légal (nouveau) Remplacement de _____
 Mme M. Prénom _____ Nom _____
 Téléphone _____ Fonction _____

Adresse privée Rue/no _____
 CP/lieu _____ Pays _____
Veillez annexer la copie d'une pièce d'identité en cours de validité (passeport, CI).

Lieu d'exploitation existant (détails nouveaux) TID(s) _____
 Selon l'adresse de la société Nom de comm. _____
 Rue/no _____
 CP/lieu _____ Pays _____

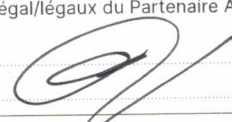
Justificatif (nouveau) _____ Nom de commerce, code postal et localité selon lieu d'exploitation (max. 24 caractères)

Données du compte (nouvelles) Additionnel Compte principal Partenaire Affilié
 Nouveau, remplacement du compte LU61606000200008893 Compte succursale
 Devise E, U, R Établ. financier POST Finance BIC/Swift (8 ou 11 chiffres) C, C, P, L, U, L, L
 CP/lieu 8069 BERTRANGE Pays Luxembourg
 IBAN L U 7 8 1 1 1 1 7 6 2 7 0 9 9 5 0 0 0

Titulaire du compte ACCESS REPARATION S.A.R.L
 Rue/no 19 rue de l'industrie
 CP/lieu 8069 Bertrange Pays Luxembourg
Veillez annexer la copie du relevé d'identité bancaire ou d'un extrait de compte récent.

Correspondance (nouvelle) Langue Français À l'adresse principal du Partenaire Affilié Aux adresses selon la liste en annexe
 Adresse distincte Société _____ ATTN _____
 Correspondance/C.P. Rue/no _____
 Factures CP/lieu _____ Pays _____
 Rétrofacturations E-mail nouveau additionnel
 Type d'avis de paiement (nouveau) : Résumé des paiements par succursale (recap) Niveau de transaction (detailed)
 Niveau de clôture journalière par succursale (summary)

Le Partenaire Affilié confirme l'exactitude des données susmentionnées. **Changements valides à compter du 25.06.2024**

Date et lieu 24.06.2024 Bertrange Signature(s) du/des représentant(s) légal/légaux du Partenaire Affilié * 
 * Prénom(s) et nom(s) en caractères d'imprimerie : AHSINA WASSIM

Mandat de prélèvement SEPA CORE

Mandat de domiciliation européenne SEPA

Créancier : Worldline Financial Services (Europe) S.A.
Atrium Business Park, 33, rue du Puits Romain
L-8070 Bertrange

ID Créancier : LU16ZZZ0000000006012000000

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez d'une part le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et d'autre part votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.

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

Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Tous les champs sont obligatoires.

Identification du mandat (A compléter par le créancier)

Référence du mandat :

Type d'encaissement : récurrent ou (peut être utilisé plusieurs fois) unique (ne sera utilisé que pour 1 seul encaissement)

Identification du débiteur (A compléter par le débiteur)

Numéro Client 60'304'092 (indiqué sur votre facture)

Nom de votre société ou Commerce ACCESS REPARATION S.A.R.L

Adresse 19 Rue de l'industrie

CP et Ville 8069 Bertrange

Pays Luxembourg

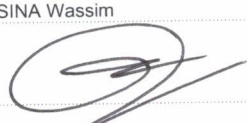
Votre numéro de compte (IBAN) ¹ LU781111762709950000 (Vous trouvez votre numéro de compte IBAN et code BIC comme info sur vos extraits de compte)

Code BIC de votre banque C C P L L U L L (BIC, maximum 11 caractères)

Envoi électronique de mes factures (A compléter par le débiteur)

Je donne mon accord pour réceptionner les factures par voie électronique en remplacement de l'envoi postal OUI NON

Mon adresse email

Date	24.06.2024	Lieu	
Nom	AHSINA Wassim	Nom ²	
Signature		Signature ²	

¹ Si le n° de compte est différent que celui utilisé pour le paiement des transactions effectuées sur le terminal de paiement, veuillez nous transmettre le Relevé d'identité bancaire correspondant.

² Si plusieurs signatures sont nécessaires sur le compte indiqué, elles sont également nécessaires pour ce mandat.