

**TITULAIRE DU CONTRAT**

Adresse

Code postal

Commune

Pays

Courriel

**COORDONNEES DU PAYEUR (à ne remplir que si différent du titulaire du contrat)**

|                |  |
|----------------|--|
| Nom, prénom    |  |
| Raison Sociale |  |

Adresse

Code postal

Commune

Pays

**COMPTE A DEBITER (joindre un RIB)**

IBAN :

Numéro d'identification international du compte bancaire

DATE :

**Signature du payeur :**

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ENEDIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ENEDIS.  
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.  
Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.  
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

Créancier : EneDiS

Identifiant du créancier : FR31ZZZ533243