

Demande de Carte Corporate Platinum American Express®

2/3

Signature du 1^{er} mandataire habilité par la Société

Nom :

Fonction dans la Société :

Obligatoire : Date et signature manuscrite

Date

Signature du 2^{ème} mandataire habilité par la Société (si 2 signatures sont requises par la Société)

Nom :

Fonction dans la Société :

Obligatoire : Date et signature manuscrite

Date

2. À remplir par le bénéficiaire de la Carte

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Nom de naissance **obligatoire** :

Date et lieu de naissance **obligatoires** : À :

Nom de naissance de votre mère **obligatoire** :

(celui-ci sera utilisé comme mot de passe, en cas de besoin, à des fins d'identification et de protection contre la fraude)

Fonction dans la Société :

Téléphone professionnel : Portable professionnel :

Code du service (si nécessaire) : N° d'employé (si nécessaire) :

Adresse personnelle **obligatoire** :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse e-mail **obligatoire** :

Celle-ci ne sera utilisée qu'à des fins non commerciales, à moins que vous ne cochiez la case ci-dessous. Si vous désirez recevoir par email des offres personnalisées, ou des informations concernant les produits et les services American Express, merci de cocher la case ci-contre :

Nous ne transmettrons pas votre adresse email à un tiers. Vous pouvez à tout moment demander à ne plus recevoir d'offres commerciales électroniques en nous indiquant l'adresse email concernée dans la rubrique Confidentialité/Protection des données nominatives de notre site Internet www.americanexpress.fr

Si vous êtes déjà titulaire d'une Carte American Express, merci d'indiquer son numéro :

Obligatoire : Date et signature manuscrite du bénéficiaire

Date

Demande de Carte Corporate Platinum American Express®

3/3

Mandat de prélèvement SEPA mensuel

Nom du Titulaire du compte :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Prénom :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse :	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>
Code postal :	<input style="width: 15%;" type="text"/> Ville : <input style="width: 85%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Pays :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Coordonnées bancaires :	
IBAN :	<input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>
BIC :	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Nom de votre banque actuelle :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse :	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>
Code postal :	<input style="width: 15%;" type="text"/> Ville : <input style="width: 85%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Identifiant SEPA American Express Carte-France FR 48 ZZZ 101869

AMERICAN EXPRESS CARTE - FRANCE
4, rue Louis Blériot
92561 RUEIL-MALMAISON CEDEX
FRANCE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez American Express Carte-France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'American Express Carte-France.

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 de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Signature manuscrite du Titulaire du compte à débiter

X

Date