

Le soussigné

Nom			
Rue , N°			
Code Postal		Localité	

référence ou n° d'abonné

TC-

prie la firme

Nom	Delek Belgium SPRL/BVBA		
Rue , N°	Av. Arnaud Fraiteur 25		
Code Postal	1050	Localité	BRUXELLES

D'encaisser à partir de ce jour et jusqu'à révocation expresse toutes factures

auprès de l'institution
financière

Nom	_____		
Rue , N°	_____		
Code Postal		Localité	_____

Par le débit du compte n°

	-		-	
--	---	--	---	--

Au nom
- de soussigné
- de (*)

Nom	_____		
Rue , N°	_____		
Code Postal		Localité	_____

Localité : _____

Date : le | | / | | / | |

Signature :

(*) Exigé seulement si le titulaire de compte n'est pas le destinataire des factures.

Numéro d'identification du créancier
00406843239