

SEPA Direct Debit Mandate



Mandate reference - to be completed by the creditor

By signing this mandate form, you authorise (A) **EUROLIFE LIMITED** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from **EUROLIFE LIMITED**.

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.

Please complete all the fields marked *.

Your Name	*		1
Name of the debtor (s)			
Your address	*		2
Street name and number			
	*		3
Postal Code City			
	*		4
Country			
Your account number	*		5
Account number - IBAN			
	*		6
SWIFT BIC			
Creditor's name	*		7
Creditor name			
	**		8
Creditor Identifier			
	**		9
Street name and number			
	**		10
Postal Code City			
	**		11
Country			
Type of payment	* Recurrent payment	☐	or One-off payment ☐ 12
City or town in which you are signing		Date *	13
Location		D D M M Y Y	
Please sign here	*		
Signature (s)			

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Details regarding the underlying relationship between the Creditor and the Debtor - for information purposes only

Debtor identification code		14
Write any code number here which you wish to have quoted by your bank.		
Person on whose behalf payment is made		15
Name of the Debtor Reference Party: If you are making a payment in respect of an arrangement between {NAME OF CREDITOR} and another person (e.g. where you are paying the other person's bill) please write the other person's name here.		
If you are paying on your own behalf, leave blank.		
		16
Identification code of the Debtor Reference Party		
		17
Name of the Creditor Reference Party: Creditor must complete this section if collecting payment on behalf of another party		
		18
Identification code of the Creditor Reference Party		
		19
In respect of the contract	Identification number of the underlying contract	
		20
Description of contract		

Please return to:

Creditor's use only

Εντολή Άμεσης (-ων) χρέωσης (-ων) ΕΧΠΕ (SEPA)

eurolife

Κωδικός αναφοράς ανάθεσης – Συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε τον/ την (Α) **EUROLIFE LIMITED** να αποστέλλει οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (Β) την τράπεζά σας να χρεώνει το λογαριασμό σας σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από τον/ την **EUROLIFE LIMITED**

Ως μέρος των δικαιωμάτων σας, δικαιούστε να απαιτήσετε επιστροφή ποσού από την τράπεζά σας σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της μεταξύ σας συμφωνίας. Επιστροφή ποσού πρέπει να αξιωθεί εντός 8 εβδομάδων από την ημερομηνία χρέωσης του λογαριασμού σας.

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία που φέρουν αστερίσκο*

Το ονοματεπώνυμό σας	*		1
Όνομα και επώνυμο οφειλέτη (-ών)			
Η διεύθυνσή σας	*		2
Οδός και αριθμός			
	*		3
Ταχυδρομικός Κωδικός Πόλη			
	*		4
Χώρα			
Ο αριθμός του λογαριασμού σας	*		5
IBAN λογαριασμού			
	*		6
SWIFT BIC			
Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού	*		7
Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού			
	**		8
Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού			
	**		9
Οδός και αριθμός			
	**		10
Ταχυδρομικός Κωδικός Πόλη			
	**		11
Χώρα			
Τύπος πληρωμής	*	Επαναλαμβανόμενη πληρωμή ☐ ή Εφάπαξ πληρωμή ☐	12
Υπογράφηκε			13
Πόλη/ Τόπος			
Ημερομηνία			
D D M M Y Y			
Υπογραφή οφειλέτη			
Παρακαλώ υπογράψτε εδώ	*		

Σημείωση: Τα δικαιώματά σας αναφορικά με την ως άνω ανάθεση προσδιορίζονται σε δήλωση, την οποία μπορείτε να αποκτήσετε από την τράπεζά σας

Λεπτομέρειες αναφορικά με την υποκείμενη σχέση μεταξύ του Δικαιούχου και του Οφειλέτη – αποκλειστικά για σκοπούς πληροφόρησης.

Κωδικός αναγνώρισης οφειλέτη | 14
συμπληρώστε όποιον κωδικό αριθμό επιθυμείτε να χρησιμοποιεί η τράπεζά σας.

Πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή 15

Όνομα του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή: Εάν προβαίνετε σε πληρωμή βάσει συμφωνίας μεταξύ του {ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ} και ενός άλλου προσώπου (δηλαδή, εάν πληρώνετε για λογαριασμό άλλου προσώπου), παρακαλούμε όπως αναγράψετε το όνομα του άλλου προσώπου εδώ.

Εάν πληρώνετε για ίδιο λογαριασμό, μη συμπληρώσετε το συγκεκριμένο πεδίο

16

Κωδικός αναγνώρισης του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή.

17

Όνομα του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται δεκτή η πληρωμή: Ο Δικαιούχος πρέπει να συμπληρώσει το παρόν τμήμα εφόσον δέχεται πληρωμή/καταβολές για λογαριασμό άλλου προσώπου

18

Κωδικός αναγνώρισης του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται δεκτή η πληρωμή.

19

Σχετικά με τη σύμβαση :

Κωδικός υποκείμενης σύμβασης

20

Περιγραφή σύμβασης

Να επιστραφεί σε:

Χώρος για το δικαιούχο οργανισμό