

Bon de commande **Lunch Pass**

A renvoyer

Par fax au numéro 26.109.409 ou par e-mail à orders.svc.lu@sodexo.com

Société à facturer

N° de contrat (Si déjà client) : _____

Société : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Localité : _____

Numéro de TVA : LU _____

Resp. de la commande : _____

Tél : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Nombre de bénéficiaires : _____

Votre commande

Ceci est ma première commande

Votre réf. commande : _____

Date de livraison souhaitée : ____ / ____ / ____

A l'attention de : _____

Ouvert de h à h et de h à h

Adresse de livraison (si différente) :

Mode de paiement

Par domiciliation Par virement, avant livraison (Compte BIL LU89 0029 1009 1128 8800)

Composition des enveloppes

Nombre d'enveloppes ¹	Chèques par enveloppe	Valeur faciale par chèque	Valeur totale par enveloppe

Fréquence de commande

Mensuelle Semestrielle
 Trimestrielle Annuelle

Mode de commande

Courrier E-Mail
 Fax Internet (SoEasy)

¹ Une enveloppe = 1 bénéficiaire

PAIEMENT

Une fois votre commande traitée, vous recevrez par e-mail une confirmation de votre commande ainsi que les informations relatives au paiement.

Optionnel : Peut être rempli par votre conseiller Sodexo

Total valeur faciale	_____
Prestation de service * _____%	_____
TVA 17 % sur la prestation de services :	_____
TOTAL	_____

* Appelez-nous si vous souhaitez connaître votre tarif. Frais minimum de 20 €.

Fait à _____

le _____

Signature : _____

Sodexo Pass S.A.

Benefits & Rewards Services

39, rue du Puits Romain – Z.A. Bourmicht – L-8070 Bertrange

Tél.: (+352) 26 109 410 - Fax: (+352) 26 109 409

R.C. 31 382 – I.B.L.C 142 111 67 – BIL : LU89 0029 1009 1128 8800

Voir conditions sur www.sodexobenefits.lu

SODEXO PASS S.A.
LU76ZZZ000000006012006001
39, Rue Du Puits Romain - L-8070 Bertrange - LUXEMBOURG

Mandat de domiciliation européenne B2B SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ^(A) le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et ^(B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Ce mandat est destiné uniquement aux transactions **business-to-business**. Vous ne bénéficiez pas d'un droit à un remboursement par votre banque après le débit de votre compte, mais jusqu'à la date d'échéance, vous avez le droit de demander à votre banque de ne pas débiter votre compte.

Tous les champs sont obligatoires.

(A) Identification du mandat (A compléter par le créancier)

Référence du mandat :			
102260000	00		
Type d'encaissement:	<input type="checkbox"/> récurrent <i>(peut être utilisé plusieurs fois)</i>	ou	<input type="checkbox"/> unique <i>(ne sera utilisé que pour 1 seul encaissement)</i>

(B) Identification du débiteur (A compléter par le débiteur)

Nom:	_____			
	<i>(Maximum 70 caractères)</i>			
Adresse:	_____			
	<i>(Maximum 70 caractères)</i>			
Code Postal:	_____	Ville:	_____	
Pays:	_____			
Votre numéro de compte (IBAN):	_____	_____	_____	_____
	<i>(Vous trouvez votre numéro de compte IBAN et code BIC comme info sur vos extraits de compte)</i>			
Code BIC de votre banque:	_____	Numéro de client :	_____	
	<i>(BIC, maximum 11 caractères)</i>			

Date: ____ / ____ / _____ Lieu: _____

Nom: _____ Nom¹: _____

Signatures(s)

¹ Si deux signatures sont nécessaires sur le compte indiqué, elles sont également nécessaires pour ce mandat. Le débiteur doit confirmer les données du mandat B2B auprès de son banquier en lui donnant une copie de celui-ci, muni de signature(s) originale(s).