

## Renseignements nécessaires pour l'établissement du Contrat GRD-Fournisseur

### Données concernant le Fournisseur

#### Coordonnées

Informations à fournir	Données
Nom	
Raison sociale	
Adresse du siège social	
Capital social en euros	
Forme juridique	
RCS d'immatriculation	
Code EIC (RTE)	
Code SIRET	
Code NAF	
Code TVA intracommunautaire	
Date demandée pour la prise d'effet du contrat GRD-F	
Coordonnées du correspondant (interlocuteur privilégié de la relation entre le GRD et le Fournisseur) : Nom, Prénom Fonction (qualité) Adresse Téléphone Email	

Coordonnées du signataire du contrat (personne physique représentant le Fournisseur) : Nom, Prénom Fonction (qualité) Adresse Téléphone Email	
Coordonnées de l'interlocuteur pour la gestion du contrat et des factures : Nom, Prénom Fonction (qualité) Adresse Téléphone Email	
Paiement des factures Adresse de la banque de prélèvement N° du compte bancaire figurant sur le relevé d'identité bancaire	

**Le mandat SEPA et le RIB sont à fournir au plus tard avec le retour  
du contrat GRD-F signé**

## Réception des flux du GRD

---

Informations à fournir	Données
Type de média (mail et/ou FTP)	
Adresse électronique principale (obligatoire si mail)	
Adresse IP (obligatoire si FTP)	
Port (obligatoire si FTP)	
Login (obligatoire si FTP)	
Password (obligatoire si FTP)	
Path (obligatoire si FTP)	

## Accès au portail GRD

Informations à fournir	Données
Interlocuteur 1 : Nom, Prénom Fonction (qualité) Adresse physique Téléphone Email	
Interlocuteur 2 : Nom, Prénom Fonction (qualité) Adresse physique Téléphone Email	

**Données concernant le Responsable d'Equilibre**

<b>Informations à fournir</b>	<b>Données</b>
Nom	
Raison sociale	
Adresse du siège social	
Capital social en euros	
Forme juridique	
RCS d'immatriculation	
Code SIRET	
Code NAF	
Code EIC (RTE)	
Date demandée pour la prise d'effet du contrat GRD-RE	
Coordonnées du signataire du contrat : Nom, Prénom Fonction (qualité) Adresse Téléphone Email	
Coordonnées du correspondant Nom, Prénom Adresse Téléphone Fax Email	

# Mandat de prélèvement SEPA

Nom :  
 Adresse :  
 Coordonnées de votre compte :  
 N° d'identification international du compte bancaire - IBAN :  
 Code international d'identification de votre banque – BIC :  
 Nom du créancier : **réséda**  
**2 BIS RUE ARDANT DU PICQ**  
**57000 METZ**  
 Identifiant du créancier : **fr47zzz532858**  
 Type de paiement : paiement récurrent/répétitive   
 paiement ponctuel

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

- **réséda** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **réséda**.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Signature A ..... le .....

Le titulaire du RIB

## Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur

Code identifiant du débiteur .....  
 Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque (35 caractères maximum)

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) .....  
 Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre **réséda** et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.  
 Code identifiant du tiers débiteur .....

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

Code identifiant du tiers créancier. ....