MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIVOS de la REGION de MARTAINVILLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIVOS de la REGION de MARTAINVILLE. 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 reboursement 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.

Identifiant créancier SEPA (ICS)

Désignation du titulaire du compte à débiter	**Désignation du créancier**
Nom, prénom : Adresse :	SIVOS de la REGION de MARTAINVILLE 84 chemin de la Côte - Mairie 76116 AUZOUVILLE SU RY

Désignation du compte à débiter

NOM DE LA BANQUE :

ADRESSE :

COMPTE A DEBITER

Identification internationale (IBAN)

Identification internationale de la banque (BIC)

Type de paiement : Récurrent /répétitif ☐

Ponctuel ☐

Signé à :

Le :

Signature :

Nom du tiers débiteur (si différent du débiteur lui même et le cas échéant) :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par SIVOS de la REGION de MARTAINVILLE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'éxecution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec SIVOS de la REGION de MARTAINVILLE.