

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, **accompagné d'un RIB** comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante

SIVOS D'EPREVILLE MANIQUERVILLE TOURVILLE LES IFS
Espace Maurice Durand
76400 EPREVILLE

Le prélèvement s'effectuera le 10 de chaque mois (**le 1^{er} prélèvement interviendra le 12/11/24**)
Si le prélèvement a déjà été mis en place merci de cocher cette case

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **SIVOS d'Epreville, Maniquerville, Tourville les Ifs** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **SIVOS d'Epreville, Maniquerville, Tourville Les Ifs**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse : (*) _____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA : FR 6 3 Z Z Z 8 5 7 6 1 7

Nom : SIVOS EPRE.-MANIQ.-TOURV.

Adresse : Espace Maurice Durand

Code postal : 76400

Ville : EPREVILLE

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*) :

A (*) :

Signature (*) :