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

:

POSTE HABITAT RHONE ALPES
54 Rue SALA
BP 2439
69219 LYON CEDEX 02

Choix date de prélèvement (*): *1 du mois* ☐ *5 du mois* ☐ *10 du mois* ☐

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société **POSTE HABITAT RHONE ALPES** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Poste Habitat Rhône Alpes**.

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 : FR12ZZZ594986

Nom : Poste Habitat Rhône Alpes

Adresse : 54 Rue SALA

BP 2439

69219 LYON CEDEX 02

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 (*) :

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.