

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la SACOVIV à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la SACOVIV,

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,

*Veillez compléter les champs marqués **

Référence compte affaire

Votre Nom

*
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse

*
Numéro et nom de la rue* *
Code Postal Ville* France
PaysLes coordonnées
de votre compte*
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)*
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)Nom du créancier
ICS**SACOVIV**

19 RUE EMILE ZOLA
69200 VENISSIEUX
FRANCE

Date de Paiement

* 5 10 15

Type de Paiement

* Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel
Loyer *Apurement*

Signé à

*
Lieu Date

Signature(s)

* Veuillez signer ici

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

A retourner au Pôle Finances et Ressources

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier