

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Site :

S I E V F R 6 3 Z Z Z 5 3 1 7 9 4 I S 0

R é f é r e n c e u n i q u e d u m a n d a t

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Syndicat des Eaux de la Veaine à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat des Eaux de la Veaine.

En cas de contestation 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.

Nom
Prénom
Adresse
Code Postal Commune Pays

Coordonnées du compte
Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

.....
Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Identifiants du créancier : SYNDICAT INTERCOMMUNAL DES EAUX DE LA VEAUNE
FR63ZZZ531794 854 ROUTE DU BOIS DE L'ÂNE
26260 CHAVANNES FRANCE

Paiement récurrent / répétitif

A le/...../.....

Signature

PENSEZ A JOINDRE
VOTRE RIB

Coordonnées de l'abonné uniquement s'il ne s'agit pas du débiteur indiqué ci-dessus

Nom
Prénom
Adresse
Code Postal Commune

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.