

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Client : _____

FSL	OUI	NON	
APL/AL	OUI	NON	

ECHEANCE		PLAN	
-----------------	--	-------------	--

DATE	05		10		15	
-------------	----	--	----	--	----	--

Référence Unique de Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez L'OFFICE PUBLIC DE L'HABITAT DE THIONVILLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque, à débiter votre compte conformément aux instructions de L'OFFICE PUBLIC DE L'HABITAT DE THIONVILLE.

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.

Votre Nom
Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse
Numéro et nom de la rue

Code Postal	Ville	Pays

Les coordonnées de votre compte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code international d'identification de votre banque - BIC

Nom du Créancier **OFFICE PUBLIC DE L'HABITAT DE THIONVILLE**
26 AVENUE ALBERT 1ER
57100 THIONVILLE
FRANCE

Veillez joindre un R.I.B.

F	R	6	7	Z	Z	Z	2	6	1	0	9	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Identifiant Créancier SEPA – I.C.S.

Type de paiement :

Paiement récurrent/répétitif	X	Paiement ponctuel	
------------------------------	----------	-------------------	--

A THIONVILLE, le ___/___/_____

Signature

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