MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **SAS Cabinet André HYVRARD** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SAS Cabinet André HYVRARD**.

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.

Si vous souhaitez régler vos loyers par prélèvement automatique le 10 ou le 15 de chaque mois, merci de retourner le mandat de prélèvement ci-dessous complété et signé, accompagné d'un RIB.

Veuillez compléter les champs manqués *

Votre nom* :

Votre adresse* :

Code postal/Ville* :

Les coordonnées de votre compte* :

Numéro d'identification international de compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'indentification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier* : **SAS Cabinet André HYVRARD**

I.C.S.* :

F	**R**	**1**	**7**	**Z**	**Z**	**Z**	**6**	**3**	**0**	**2**	**0**	**4**																	

Adresse du créancier **: 1/6, Place de l'Hôtel de Ville 42 400 SAINT-CHAMOND**

Type de paiement* : Paiement récurrent/répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

Signé à* : **SAINT-CHAMOND** 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.