

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique :

Retour en Agence

Vos coordonnées : **ADRESSE CONCERNANT LE LOGEMENT HABITAT 25**

Veillez compléter les champs grisés

| | | | |
|--|----------------------|--------------------|----------------------|
| Nom : (1) | <input type="text"/> | Prénoms : (2) | <input type="text"/> |
| Bâtiment : (3) | <input type="text"/> | Escalier : (4) | <input type="text"/> |
| | | Étage : (5) | <input type="text"/> |
| | | Appartement (6) | <input type="text"/> |
| N° rue : (7) | <input type="text"/> | Nom rue : (8) | <input type="text"/> |
| Code postal : (9) | <input type="text"/> | Ville: (10) | <input type="text"/> |
| | | Pays : (11) | <input type="text"/> |
| Numéro d'identification international de votre compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) : (12) | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code) : (13) | | | |
| <input type="text"/> | | | |

Obligatoire : Veuillez joindre un RIB à votre autorisation de prélèvement

Le créancier

| | |
|--|---|
| Nom du créancier : (14) | <input type="text" value="OPH du Département du Doubs – Habitat 25"/> |
| Identifiant créancier SEPA – ICS : (15) | <input type="text" value="FR39ZZZ351806"/> |
| Adresse : (16) | <input type="text" value="OPH du Département du Doubs – Habitat 25 5 Rue Loucheur 25041 BESANCON Cedex"/> |

Votre autorisation

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'OPH du Département du Doubs – Habitat 25 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'OPH du Département du Doubs – Habitat 25. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

| | | | | | |
|------------------------------|--|----------------|---|----------------|----------------------------------|
| Type de paiement : (17) | <input type="text" value="Récurrent / répétitif"/> | Lieu : (18) | <input type="text"/> | Date : (19) | <input type="text" value="/ /"/> |
| Veillez signer ici : (20) | <input type="text"/> | | Date de prélèvement du mois : Cochez la case <input type="checkbox"/> le 6 <input type="checkbox"/> le 13 | | |

Obligatoire : Veuillez joindre un RIB à votre autorisation de prélèvement

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

| | |
|--|----------------------|
| Informations relatives au contrat entre le créancier et vous (le débiteur) – fournies seulement à titre indicatif. | |
| N° Dossier de facturation concerné : (21) | <input type="text"/> |
| Description : (22) | <input type="text"/> |

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 suivant de la loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.