MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le «Organisme_factureur» à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du «Organisme_factureur».
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Type de contrat : Contrat de fourniture d'eau

N° d'identifiant du contrat :

□ J'opte pour le prélèvement à l'échéance

□ J'opte pour le prélèvement en 4 fois à chaque facture

□ J'opte pour la mensualisation

Veuillez compléter tous les champs de ce cadre

Votre nom

Votre adresse

Les coordonnées de votre compte

Identification internationale (IBAN)

Identification internationale de la banque (BIC)

Nom du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si diffèrent du débiteur lui-même)

Nom et adresse du Créancier

SIEBAG
ROUTE D'AQUITAINE
BP 15
32400 RISCLE

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

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

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)