

Mandat de prélèvement SEPA

Cadre réservé à SIACI SAINT HONORE

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIACI SAINT HONORE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIACI SAINT HONORE. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement 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. Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations ci-dessous sont obligatoires et nécessaires à votre créancier afin de mettre en œuvre le mandat de prélèvement européen. Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

1- Vous, le débiteur :

NOM* (EN MAJUSCULES) _____

Prénom* _____

Numéro Sécurité sociale*

Adresse*(Bât./ Etage/ N°et Nom de rue) _____

Code postal* **VILLE***(EN MAJUSCULES) _____

Pays * _____ **N° de téléphone** _____

E-mail _____

2- Vos coordonnées bancaires :

BIC*

IBAN*

3- Votre type de paiement :

Paiement récurrent : Annuel ou Paiement ponctuel (usage unique)
 Semestriel
 Trimestriel
 Mensuel

4- Les informations sur votre créancier :

SIACI SAINT HONORE
Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch
75815 Paris cedex 17 – FRANCE

Identifiant du créancier (ICS) : **FR40ZZZ408436**

5- Signature :

Date* (JJ/MM/AAAA) / /

Fait à * _____

Signature manuscrite obligatoire*

Les champs mentionnés par * sont obligatoires.