

## Mandat de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la **SOCLOVA** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **SOCLOVA**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la conversation 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 pour prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Référence unique du mandat \_\_\_\_\_  
À compléter par le créancier

Identifiant créancier SEPA **FR25ZZZ321891**

### **DÉBITEUR**

Nom / Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

IBAN

BIC

Je souhaite être prélevée le :

**5 du mois**     **10 du mois**     **15 du mois**

Signature

À \_\_\_\_\_

Le   /   /

jj/mm/aaaa

### **CRÉANCIER**

Nom **SOCLOVA**

Adresse **5 Jardin Eblé CS 10452**

Code postal **49004**

Ville **ANGERS Cedex 01**

Pays **France**

Paiement

Récurrent / Répétitif     Ponctuel

### **NOTE**

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

**Merci de compléter tous les champs du mandat et de le retourner à la SOCLOVA en y joignant un relevé d'identité bancaire ou postal.**