

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.