

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Single Euro Payments Area

Référence unique de mandat

CRÉANCIER

Nom/Dénomination sociale

TARN HABITAT

Adresse postale

2 RUE GENERAL GALLIENI
81000 ALBI
FRANCE

Identifiant du créancier SEPA

FR76ZZZ391104

DÉBITEUR

Nom et prénom

Adresse postale

IBAN du compte à débiter

BIC du compte à débiter

Numéro du contrat de bail

Date de prélèvement

Cochez la case de votre choix

Le 1^{er} de chaque mois

Le 3 de chaque mois

Le 5 de chaque mois

Le 8 de chaque mois

Le 10 de chaque mois

Le 13 de chaque mois

Le 15 de chaque mois

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez TARN HABITAT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de TARN HABITAT. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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.

Signature

Fait le

À