MANDAT SEPA

Mandat de prélèvement SEPA

Référence du mandat unique (à compléter par l'OPHS)

Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

L'OPHS
91 rue Saint Pierre
60000 BEAUVAIS

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'OPHS

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Débiteur :

Votre Nom……. ……
Votre Adresse……
……
Code postal…….. Ville……
Pays…….

Créancier : OPHS

Identifiant créancier SEPA : FR14ZZZ470596
Adresse : 91 rue St pierre
Code postal : 60000 Ville : BEAUVAIS
Pays : France

Numéro d'identification international du compte – IBAN (international Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Indentifier Code)

Paiement : Récurrent/Répétitif : □ Ponctuel : □
A :…… Le :

Signature : Veuillez signer ici

Veuillez compléter tous les champs du mandat

Merci de joindre un RIB.