

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le centre des finances publiques à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du service des finances publiques.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention qu'e vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant le débit de votre compte pour les prélèvements autorisés.
Les informations obligatoires, devant vous être communiquées au titre de la pré -notification, seront portées sur l'avis d'échéance. Ce dernier vous sera remis, au moins cinq (5) jours avant la date de prélèvement.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR21ZZZ149691

Nom et Adresse du créancier
CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES DE
L'OPH VAL TOURAINE HABITAT
7, RUE DE LA MILLETIERE
37080 TOURS CEDEX 2

Identification du mandat (Cadre réservé à Val Touraine Habitat) :

Référence unique du mandat

N° de Module principal

Agence

Identification du débiteur :

N° de Contrat (Numéro figurant en haut à droite sur l'avis d'échéance)

Nom / Prénom du débiteur

Adresse

Code Postal

Ville

Pays

Nom / Prénom tiers prélevé (si différent du débiteur)

Désignation de l'établissement teneur de compte

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

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

Date de prélèvement mensuelle (Cochez la date choisie) :

Le 1^{er} 5 8 12 15 de chaque mois

Type de prélèvement : **Récurrent**

Signature(s) :

Fait à : _____

Le : _____

Veillez signer ci dessous :

Merci de joindre un relevé d'identité bancaire ou postal et d'envoyer ces documents à l'adresse de votre agence sous enveloppe timbrée