SICAE-OISE
32, rue des Domeliers - BP 70525
60205 COMPIEGNE Cedex
N° ICS FR 46 ZZZ 008397

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire, vous autorisez SICAE-OISE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SICAE-OISE.

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.

Zone réservée SICAE-OISE
Référence Unique du Mandat |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE ET DU CO-TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

Nom du titulaire : .... Prénom du titulaire :...................... Référence du client : A/ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du co-titulaire : .... Prénom du co-titulaire :.................. Sur l'ensemble de mes contrats ☐

Adresse : .... C.P. : .... Ville : ....

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

IBAN – Numéro d'identification international du compte bancaire

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BIC – Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PRELEVEMENT

Prélèvement après facture ☐

Prélèvement mensuel ☐

Fait à : .... Le : ....

Signature du titulaire

Signature du co-titulaire

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

Merci de renvoyer ce mandat de prélèvement SEPA à SICAE-OISE en y joignant obligatoirement votre Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.), Postal (R.IP.) ou de Caisse d'Epargne (R.I.C.E.)

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif ☐

Paiement ponctuel ☐