

Mandat de Prélèvement SEPA (SEPA Direct Debit Mandate)

Référence Unique de Mandat (RUM)

Mandate reference

En signant ce formulaire, vous autorisez le **Créancier** à envoyer des instructions à votre **Banque** pour débiter votre compte, conformément aux instructions du **Créancier**.
 Vous bénéficiez du droit d'être remboursée par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée selon les délais en vigueur.
 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 avant la date de prélèvement.

By signing this mandat form, you authorise **Creditor** to send instructions to your bank to debit your Bank account in accordance with the instructions received from **Creditor**.
 You have the right to be refunded by your bank according to the conditions described in the agreement that you have validated with her. A refund request must be submitted within the legal deadline.
 The mandatory information you have to be notified with, will be provided in the notice of due date before the date of payment.

CRÉANCIER
(Creditor)

ICS : **FR16ZZZ208175**

Identifiant Créancier SEPA

OPHEA

Nom du créancier

Créditor's name

24 ROUTE DE L'HOPITAL - CS 70128

Adresse (numéro et nom de rue)

Address (number and street name)

67 028 STRASBOURG CEDEX

Code Postal, Ville

Postal Code,

FRANCE

Pays

Country

Paiement récurrent / répétitif

Recurrent payment

DEBITEUR
(Debtor)

Veillez compléter les champs marqués * (Please complete all the fields marked *)

(*) Nom / Prénom du débiteur

Name / Surname of the debtor

(*) Votre adresse (numéro et nom de rue)

Your address (street name and number)

(*) Code Postal, Ville

Postal Code, City

(*) Pays

(*) Les coordonnées du compte qui sera prélevé (IBAN) – **Original à annexer**

Your account number (IBAN)

(*) Coordonnées BIC

Bank Identifier Code - SWIFT

(*) **Message** : Indiquer ici, N° de bail – logement / garage

Debtor identification Message

Nom du tiers débiteur (A remplir si le débiteur est différent du locataire)

Name of the debtor reference party

N° portable du tiers débiteur – Phone number of the debtor ref. party

(*) Date de prélèvement choisie

Prélèvement au 2 7 10

Fait à

Le,

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

(*) **Signature (s) :**

A retourner à

OPHEA – Pôle de l'habitat social
A l'attention de la DFC

24 route de l'Hôpital
CS 70128
67 028 STRASBOURG Cedex

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier