

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Soliha Métropole Nord à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, conformément aux instructions de Soliha Métropole Nord.

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 selon les délais en vigueur.

Les informations obligatoires seront portées sur votre Avis d'Echéance. Ce dernier vous sera remis au moins sept (7) jours avant la date de prélèvement.

Informations sur le créancier :

Nom :	SOLIHA METROPOLE NORD
Identifiant Créancier SEPA (ICS) :	FR42ZZZ527225
Adresse:	112 rue Gustave Dubled
Code postal :	59 170
Ville :	Croix
Pays :	France

Informations sur le débiteur (locataire) :

N° de dossier:	
Nom et Prénom :	
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Pays :	France
IBAN	FR_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Code BIC ou SWIFT	_ _ _ _ _ _
Date de prélèvement souhaitée	<input type="checkbox"/> le 5 <input type="checkbox"/> le 10 <input type="checkbox"/> le 15

Fait à :

Le :

Signature :