Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez So'Lyon Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SLM.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CREANCIER

So'Lyon Mutuelle
28 rue Narcisse Bertholey
69600 Oullins-Pierre-Bénite

Identifiant Créancier SEPA

FR97ZZZ387622

Référence Unique de Mandat

LE DEBITEUR

(Veuillez compléter les champs suivants en majuscule)

Nom / Prénom : _____ Raison Sociale :_____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Coordonnées bancaires du compte à débiter (**Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire)** :

IBAN : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

LE TIERS-DEBITEUR

(Si différent du DEBITEUR)

Nom et Prénom : _____

Si vous payez la facture d'une autre personne veuillez indiquer ici son nom et son prénom. Si vous payez pour votre propre compte : ne pas remplir.

Type de paiement : Récurrent

Fait à : _____ Le : ___/___/_____

SIGNATURE :

A RETOURNER A :

So'Lyon Mutuelle
28 rue Narcisse Bertholey
69 600 OULLINS-PIERRE-BENITE

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