|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | **EXEMPLAIRE A RETOURNER, accompagné d’un RIB, A :****SEQENS****SERVICE CLIENT**TSA 10004 AUBERVILLIERS93579 LA PLAINE SAINT DENIS CEDEX |

**ICS du créancier : FR69V90217018** |
| **MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA** |
| TYPE DE PAIEMENT : ⮽ Paiement récurrent / répétitif*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez* ***SEQENS*** *à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de* ***SEQENS****.**Vous bénéficiez d’un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.**Veuillez compléter les champs \*:*Votre nom ou dénomination commerciale \* *Nom du débiteur(s)*Votre adresse postale \* *Numéro et nom de la rue*Code postal et ville \* Pays \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IBAN \* (International Bank Account Number) - Numéro d’identification internationale du compte bancaire*Les coordonnées de votre compte* BIC (Bank Identifier Code) \* *Code international d’identification de votre banque*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*L'avis d'échéance qui fait office de pré-notification vous sera transmis dans un délai de 1 à 14 jours avant la date du prélèvement.***Date de prélèvement souhaitée :** 🗆 1er du mois🗆 6 du mois🗆 10 du mois🗆 15 du mois (voir situations éligibles\*)Nom du signataire *Pour une société, signataire habilité sur le compte susmentionné*Signé à : Signature(s)\* *(veuillez signer ici)* :Lieu \* Date \* / / *Note : Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.* |
|

|  |  |
| --- | --- |
| RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM)*Cette référence vous sera communiquée ultérieurement par Seqens.* |  |

 |

**\*Situations éligibles au prélèvement au 15 et justificatifs attendus :**

* Allocataires RSA / AAH : Attestation versement allocations de la CAF
* Bénéficiaires ARE (allocation retour à l’emploi) France Travail : Attestation de paiement de France Travail
* Intérimaires : Bulletin de salaire ou attestation employeur mentionnant la date de paiement après le 10 du mois
* Retraités : Justificatif de versement de retraite
* Autres situations / salariés : Bulletin de salaire ou attestation employeur mentionnant la date de paiement après le 10 du mois

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.