



A retourner à : [gestionlocative@semiga.fr](mailto:gestionlocative@semiga.fr), accompagné du RIB

Compléter le N° dossier /

**SEMIGA**

**ICS : FR37ZZZ414892**

**240 CHEMIN DE LA TOUR DE L'EVEQUE**

**30972 NÎMES**

**FRANCE**

## Mandat de Prélèvement SEPA

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

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

Enfin par accord bilatéral vous acceptez que la notification préalable de prélèvement vous soit communiquée sur votre avis d'échéance périodique au plus tard 5 jours calendaires avant la date du prélèvement.

Référence unique du mandat

### NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM, Prénom

ADRESSE :

FRANCE

### DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC - Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

DATE DE PAIEMENT :

5

8

10

Fait à :

Le :

SIGNATURE

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

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'oppositions, 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.