# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Syndicat Intercommunal des Eaux du Val d'Azergues à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat Intercommunal des Eaux.
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 dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Client**

Nom.....Prénom.....
N°.....Rue.....
Code Postal.....Ville.....
Téléphone.....
Référence client.....
Nombre de personnes : .....

❒ **Je choisis le prélèvement mensuel** (le 10 du mois) (1 facture/an)

❒ **Je choisis le prélèvement semestriel** (2 factures/an)

**Bénéficiaire**

**SIEVA**
183 Route de Lozanne
69380 CHAZAY D'AZERGUES

**Compte à débiter**

Titulaire du compte.....

IBAN **(Joindre un RIB)**

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□

| **ICS** |
|---|
| FR36ZZZ219843 |

Date.....

Signature