

DEMANDE DE PRELEVEMENT

A remplir et à adresser à la Régie du SMTCH, 148 avenue du Professeur Viala - CS34303 34193 Montpellier cedex 5.
Joindre un RIB, RIP ou RICE

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Régie du SMTCH. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Hérault
Transport

Identifiant créancier SEPA : FR60ZZZ546689

Débiteur :

Votre nom

Votre adresse

.....

Code postal Ville

Pays

IBAN

BIC

A

Signature

Créancier :

Régie du SMTCH

148 Avenue du Professeur Viala

CS 34303 - Parc Euromédecine 2

34193 MONTPELLIER cedex 5

FRANCE

Le :/...../.....

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

Veillez compléter tous les champs du mandat

A découper

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

A remplir et à adresser à votre établissement bancaire.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par la Régie du SMTCH

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Régie du SMTCH. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Hérault
Transport

Identifiant créancier SEPA : FR60ZZZ546689

Débiteur :

Votre nom

Votre adresse

.....

Code postal Ville

Pays

IBAN

BIC

A

Signature

Créancier :

Régie du SMTCH

148 Avenue du Professeur Viala

CS 34303 - Parc Euromédecine 2

34193 MONTPELLIER cedex 5

FRANCE

Le :/...../.....

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

Veillez compléter tous les champs du mandat