



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

VOS COORDONNÉES	
DOSSIER : (référence à rappeler dans l'avis bénéficiaire)	
Nom	Prénoms
ou	
Raison sociale	
Adresse	
Code Postal	Ville
Date	Lieu de naissance
Téléphone	Email
COMPTE À DÉBITER	
Etablissement	
Adresse	
Code postal	Ville
Code établissement	Code guichet
	Numéro de compte bancaire à débiter
	Clé RIB
IBAN	
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.	

BÉNÉFICIAIRE		COMPTE À CREDITER	
SELARL EHJ		SOCIÉTÉ GÉNÉRALE	
Etude d'Huissiers de Justice à Echirrolles et Vizille		Agence PONT-DE-CLAIX	
		18 Cours Jean Jaurès (38800) LE PONT-DE-CLAIX	
IBAN	FR76 3000 3010 0500 0276 0300 488		
BIC	SOGEFRPP		
SEPA			
RUM			

Vous demande par la présente, de procéder au prélèvement, sur le compte bancaire de la SELARL EHJ à un
prélèvement d'un montant de : €uros, soit
(En chiffre et en lettre)

Périodicité :

- Unique en date du
- Mensuel, et ce le de chaque mois, à compter du

Ces prélèvements devront être effectués jusqu'à ce qu'un nouvel ordre contraire ou modificatif soit donné, ou mainlevée signifiée, par notre Etude Huissiers de Justice. (Prélèvement récurrent et répété)

À noter : La mise en place d'un échéancier n'emporte pas l'acceptation automatique du créancier à surseoir aux procédures d'exécution.

Fait à :

Signature :

Le :

*Précédé de la mention manuscrite
« Bon pour ordre de virement »*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la SELARL EHJ à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la SELARL EHJ. 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 et sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

