Le Pôle Relation Clients :
Zone d'Activités La Cruizille
13, rue Benoît Frachon
38090 VILLEFONTAINE

Tél. : 04 74 96 32 20 Fax : 04 74 96 42 28
Site : www.semidao.fr E-mail : client@semidao.fr

Objet **: Prélèvement automatique**

Madame, Monsieur,

Pensez à régler vos factures d'eau par prélèvement automatique pour vous simplifier la vie.

Vous pouvez choisir (cochez l'une des deux options) :

☐ **Le prélèvement automatique de la facture**

OU ----------

☐ **Le prélèvement automatique MENSUEL:**

Dans ce cas, faites-nous connaître votre choix sur les dates de prélèvement afin d'établir l'échéancier :

☐ **le 5 du mois** ☐ **le 10 du mois** ☐ **le 25 du mois**

☐ **Changement de RIB**

Merci de compléter et signer le MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA ci-après et de nous retourner ce document par mail à client@semidao.fr ou par courrier postal à l'adresse ci-dessus.

Ne pas oublier de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB).

Nos agents sont à votre disposition pour plus d'informations.
Dans l'attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Pôle Relation Clients.

NB : - « Réf. abonné » dans le MANDAT DE PRELEVEMENT correspond au « Numéro Abonné » en entête des factures.
- Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
- Vous pouvez annuler ou modifier le mandat à tout moment (par exemple : changement de coordonnées bancaires) par écrit (lettre recommandée ou mail avec accusé de réception) à l'adresse ci-dessus.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA : le prélèvement ne concerne pas les factures déjà émises qui doivent être réglées en totalité.

Réf. abonné |_|_|_|_|_|_|_|_|

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SEMIDAO à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SEMIDAO. 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 présetntée :
1- Dans les 8 semaines suivant la date de votre compte pour un prélèvement autorisé. 2- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Référence Unique du Mandat

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom ..... Prénom .....
N° ..... Rue Bât .....
Ville ..... Code postal .....

COMPTE A DEBITER

International Banking Account Number (IBAN)

Bank Identification Code (BIC)

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

SEMIDAO
Z.A. La Cruizille
13, rue Benoît Frachon
38090 VILLEFONTAINE

Nom et adresse postale de l'Etablissement du teneur du compte à débiter

Nom .....

Adresse .....

.....

.....

(Dans le cas de C.C.P. noter le centre)

A..... **Signature :**

Le .....

Joindre obligatoirement un R.I.B., R.I.P. ou R.I.C.E.