|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mandat de prélèvement SEPA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Référence unique du mandat (ne pas remplir)En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez {SAIHM} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {SAIHM}. Vous bénéficiez du droit d’être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.Veuillez compléter les champs marqués \*\* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Nom du débiteur\* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Numéro et nom de la rue

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | \* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Code postal Ville \* FRANCEPays

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Numéro d’identification international du compte bancaire IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Code international d’identification de votre banque BICSAIHM Nom du créancier devant apparaître dans l’ordre de prélèvement  Référence réservée au créancier (contrat sous-jacent)fr55zzz527282Identifiant du créancier ICS\* HOPITAL SAINTE MARGUERITE 270 Boulevard Sainte MargueriteNuméro et nom de la rue

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* | 1 | 3 | 0 | 0 | 9 |  |  |  |  |  | \* |  MARSEILLE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Code postal Ville \* FRANCE Pays \* Type de paiement Paiement récurrent / répétitif ✅ Paiement ponctuel  \* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Nom du signataire (pour une société signataire habilité sur le compte)Date et lieu: Fait à Marseille le Friday 8 September 2017 Signature |

Personne à contacter pour modifier ou révoquer un mandat de prélèvement (modification des coordonnées bancaires, réclamation)

|  |
| --- |
| **SAIHM** Hôpital Sainte marguerite, 270 Boulevard de St Marguerite 13009 MarseilleTéléphone : 04.91.75.15.52 Mail : secretariat@saihm.org |

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. Elle 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 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.Saisissez du texte, l'adresse d'un site Web ou [importez un document à traduire.](http://translate.google.fr/?tr=f&hl=fr)