## 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 insctructions 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

Créancier :

Régie du SMTCH
148 Avenue du Professeur Viala
CS 34303 - Parc Euromédecine 2
34193 MONTPELLIER cedex 5
FRANCE

A ..... .....

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

Signature

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

**Veuillez 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 insctructions 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

Créancier :

Régie du SMTCH
148 Avenue du Professeur Viala
CS 34303 - Parc Euromédecine 2
34193 MONTPELLIER cedex 5
FRANCE

A ..... .....

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

Signature

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

**Veuillez compléter tous les champs du mandat**