

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MAIRIE DE CHAUFFAILLES / RESTAURANT SCOLAIRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAIRIE DE CHAUFFAILLES / RESTAURANT SCOLAIRE. 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.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Identifiant créancier SEPA (ICS)

FR04ZZZ580095

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
Nom, prénom :	MAIRIE DE CHAUFFAILLES / RESTAURANT SCO
Adresse :	7 PLACE DE L'HOTEL DE VILLE 71170 CHAUFFAILLES

Désignation du compte à débiter	
NOM DE LA BANQUE :	
ADRESSE :	
COMPTE A DEBITER	
<u>Identification internationale (IBAN)</u>	<u>Identification internationale de la banque (BIC)</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Type de paiement :	Récurrent /répétitif <input type="checkbox"/>
	Ponctuel <input type="checkbox"/>

Signé à :	Signature :	<input type="text"/>
Le :		

Nom du tiers débiteur (si différent du débiteur lui même et le cas échéant) :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par MAIRIE DE CHAUFFAILLES / RESTAURANT SCOLAIRE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec MAIRIE DE CHAUFFAILLES / RESTAURANT SCOLAIRE.