

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA Pour CAUTION

Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire, vous autorisez (A) MAIRIE DE CORBONOD à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAIRIE DE CORBONOD.

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.

Identifiant Créancier SEPA

**FR56ZZZ819EAD**

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	
Nom, prénom	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Pays	FRANCE

DESIGNATION DU CREANCIER	
Nom, prénom	<b>MAIRIE DE CORBONOD</b>
Adresse	275 Grande Rue
Code postal	01420
Ville	CORBONOD
Pays	FRANCE

IDENTIFICATION DU COMPTE A DEBITER	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : **Paiement ponctuel**

Signé à :

CORBONOD

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)

Nom du tiers débiteur

**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 sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par MAIRIE DE CORBONOD. 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 CORBONOD