

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

MAIRIE DE CORBONOD

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 récurrent répétitif**

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