MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : {COD_RUM_MND}

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) MAIRIE DE SAINT-AUBIN D'AUBIGNE 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 SAINT-AUBIN D'AUBIGNE.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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 CREANCIER SEPA

FR47ZZZ485328

DESIGNATION TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
Adresse :

Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : **MAIRIE DE SAINT-AUBIN D'AUBIGNE**
Adresse : **4 Place de la Mairie**

Code postal : **35250**
Ville : **SAINT-AUBIN-D'AUBIGNE**
Pays : **FRANCE**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à :
Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE 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 SAINT-AUBIN D'AUBIGNE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'éxécution par simple demande à ma banque. Je règlerai le différend directement avec MAIRIE DE SAINT-AUBIN D'AUBIGNE.