

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : SERVICE SCOLAIRE, PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Commune de Chailles à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Commune de Chailles. 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 CREANCIER SEPA

FR 73 ZZZ 593209

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

DESIGNATION DU CREANCIER
Nom : Commune de Chailles
Adresse : 78 rue Nationale
Code postal : 41120
Ville : Chailles
Pays : FRANCE

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

Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

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 la Commune de Chailles. 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 la Commune de Chailles.