MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d’un RIB comportant

les mentions BIC – IBAN à l’adresse suivante

**:**

 **Commune de Saint Saturnin**

**Rue de la Mairie**

**72 650 SAINT SATURNIN**

 Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la communeà envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **la Mairie**.

*Vous bénéficiez du droit d’être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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*.

**Référence Unique Mandat : RUM** (Réservé au créancier)

**Paiement** : 🞏 Récurrent ⌧Ponctuel

**Titulaire du compte à débiter**

Nom Prénom : (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse :(\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville : (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pays : FRANCE

**Identifiant Créancier SEPA** : FR06ZZZ545236

 Nom : Commune de Saint Saturnin

Adresse : Rue de la Mairie

Code postal : 72 650

Ville : SAINT SATURNIN

Pays : FRANCE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 BIC

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 IBAN

**Veuillez compléter tous les champs (\*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l’ensemble au créancier**

**Le (\*)** :

**A (\*)** : …………………………………………………..

Signature (\*) :

*Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n’être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*