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 commune à 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 : F R 0 6 Z Z Z 5 4 5 2 3 6

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.