

DEPARTEMENT DE L'YONNE

**MAIRIE D'ARCY SUR CURE
89270**

DEMANDE DE CONTRAT AU SERVICE PUBLIC D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF

- **Remplir les deux exemplaires** en complétant les informations demandées
- **Renvoyer les deux exemplaires complétés et signés :**
 - Soit par courrier : Mairie – rue du Château 89270 ARCY SUR CURE
 - Soit par mail : mairie@arcy-sur-cure.fr

L'utilisation du service public d'assainissement collectif ne peut se faire qu'après signature d'un contrat d'abonnement.

Plus d'informations

Mairie d'ARCY SUR CURE – rue du Château 89270 ARCY SUR CURE
Tel : 03.86.81.91.69
mairie@arcy-sur-cure.fr

CONTRAT D'ABONNEMENT AU SERVICE PUBLIC D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF

Exemplaire à conserver par l'abonné

ENTRE

Le service public d'assainissement collectif d'ARCY SUR CURE (rue du château 89270 ARCY SUR CURE)

ET

L'abonné, à compléter par l'utilisateur :

Abonné	Titulaire	Conjoint
NOM et prénom	M./Mme ⁽¹⁾	M./Mme ⁽¹⁾
Qualité ⁽¹⁾	propriétaire – locataire – syndic – tuteur – curateur	
Tel fixe / mobile	____ / _____	____ / _____
Adresse courriel	_____ @ _____	_____ @ _____
Date de naissance		

1. Date d'effet du contrat:

□□ / □□ / □□□□

2. Branchement Eau potable/Assainissement

Adresse de branchement :	Habitation :
.....	<input type="checkbox"/> principale
.....	<input type="checkbox"/> secondaire

Adresse de facturation (si différente du branchement) :
Code postal : Localité :

3. Relevé de compteur	Date de relevé de compteur	Index relevé	Numéro du compteur
	□□ / □□ / □□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□

4. Propriétaire	(si différent de l'abonné)		
NOM et prénom	M./Mme ⁽¹⁾	Tel fixe	____ / _____
Adresse		Tel mobile	____ / _____
		Adresse courriel	_____ @ _____

⁽¹⁾ Barrer les mentions inutiles

Le(s) soussigné(s), abonné(s) du présent contrat, - Reconnaît (reconnaissent) avoir reçu et pris connaissance du présent document et de ses pièces jointes - s'engage (s'engagent) à se conformer aux tarifs et à toutes les prescriptions du règlement du service d'assainissement collectif, dont il a (ont) été informé(s) préalablement à la présente signature du contrat d'abonnement - Déclare (déclarent) en avoir pris connaissance et en accepter toutes les clauses sans exception, ni restriction notamment acquitter toutes les sommes dues par lui (eux) au Services L'abonné (ou les abonnés solidaires) est (sont) réputé(s) responsable(s) du paiement des factures d'assainissement jusqu'à la date de demande de résiliation du contrat d'abonnement. Les règlements du service d'assainissement de la commune d'ARCY SUR CURE et des informations sont consultables sur le site internet www.arcy-sur-cure.fr Pièces à fournir obligatoirement : - Photocopie d'une pièce d'identité

A le □□ / □□ / □□□□

Signature(s) du (des) abonné(s) payeurs :	Cachet du Service Assainissement Collectif :
-------------------------------------------	----------------------------------------------

CONTRAT D'ABONNEMENT AU SERVICE PUBLIC D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF

Exemplaire à retourner au service d'assainissement collectif

ENTRE

Le service public d'assainissement collectif d'ARCY SUR CURE (rue du château 89270 ARCY SUR CURE)

ET

L'abonné, à compléter par l'usager :

Abonné	Titulaire	Conjoint
NOM et prénom	M./Mme ⁽¹⁾	M./Mme ⁽¹⁾
Qualité ⁽¹⁾	propriétaire – locataire – syndic – tuteur – curateur	
Tel fixe / mobile	/	/
Adresse courriel	@	@
Date de naissance		

5. Date d'effet du contrat:

/	/	
---	---	--

6. Branchement Eau potable/Assainissement

Adresse de branchement :	Habitation : <input type="checkbox"/> principale <input type="checkbox"/> secondaire
Adresse de facturation (si différente du branchement) :	
Code postal : Localité :	

7. Relevé de compteur	Date de relevé de compteur	Index relevé	Numéro du compteur
	/		

8. Propriétaire	(si différent de l'abonné)		
NOM et prénom	M./Mme ⁽¹⁾	Tel fixe	/
Adresse		Tel mobile	/
		Adresse courriel	@

⁽¹⁾ Barrer les mentions inutiles

Le(s) soussigné(s), abonné(s) du présent contrat,
- Reconnaît (reconnaissent) avoir reçu et pris connaissance du présent document et de ses pièces jointes
- s'engage (s'engagent) à se conformer aux tarifs et à toutes les prescriptions du règlement du service d'assainissement collectif, dont il a (ont) été informé(s) préalablement à la présente signature du contrat d'abonnement
- Déclare (déclarent) en avoir pris connaissance et en accepter toutes les clauses sans exception, ni restriction notamment acquitter toutes les sommes dues par lui (eux) au Service.
L'abonné (ou les abonnés solidaires) est (sont) réputé(s) responsable(s) du paiement des factures d'assainissement jusqu'à la date de demande de résiliation du contrat d'abonnement.
Le règlement du service d'assainissement de la commune d'ARCY SUR CURE et des informations sont consultables sur le site internet www.arcy-sur-cure.fr
Pièces à fournir obligatoirement :
- Photocopie d'une pièce d'identité

A le / /

Signature(s) du (des) abonné(s) payeurs :	Cachet du Service Assainissement Collectif :
-------------------------------------------	----------------------------------------------

**MAIRIE D'ARCY SUR CURE
89270**

TARIFS AU 01/01/2025

A conserver par l'abonné

FACTURATION DU SERVICE ASSAINISSEMENT

Délibération du 14 novembre 2024

	Unité	Montant
Part fixe (abonnement)	€ / an	80 €
Part variable (consommation)	€ / m ³	1,60 €

Redevance Agence de l'Eau Seine Normandie

	Unité	Montant
Performance des systèmes d'assainissement collectif	€ / m ³	0.0267 €

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : SDD

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SERVICE D'ASSAINISSEMENT D'ARCY SUR CURE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SERVICE D'ASSAINISSEMENT D'ARCY SUR CURE.

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.

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER	IDENTIFIANT CREANCIER SEPA
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : Service d'ASSAINISSEMENT d'ARCY SUR CURE Adresse : Rue du Château Code postal : 89270 Ville : ARCY SUR CURE Pays : FRANCE	FR 60 ZZZ 853500

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 :

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 le SERVICE D'ASSAINISSEMENT D'ARCY SUR CURE. 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 le SERVICE D'ASSAINISSEMENT D'ARCY SUR CURE

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Vous bénéficierez du prélèvement dès votre prochaine facture.