

# DEMANDE ET AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Les deux parties de cet imprimé seront à retourner (demande de prélèvement et autorisation de prélèvement) sans les séparer obligatoirement complétées, accompagnées d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE) original à la Régie de Recettes de la Mairie de Quesnoy-sur-Deûle. En cas de rejet de prélèvement, le débiteur se verra imputer les frais liés à ce rejet.

## DEMANDE DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DEMANDE DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>N° NATIONAL D'EMETTEUR : FR 88 QSD 569659</b>                                                                                                                                                         |  |
| La présente demande est valable jusqu'à annulation ou modification de ma part, à notifier par courrier en temps voulu à la Régie Recette Centralisée de la ville de Quesnoy-sur-Deûle. Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès du créancier désigné ci-dessous, dans les conditions prévues par la délibération N°80/10 du 01/04/1980 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. |  |                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Nom et adresse du Redevable</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>Nom et adresse du Créancier</b>                                                                                                                                                                       |  |
| N° CODE FAMILLE : .....<br>(A remplir par la mairie)<br>NOM, PRENOM : .....<br><br>ADRESSE : .....<br><br>CODE POSTAL : .....<br><br>VILLE : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <p align="center"><b>Ville de QUESNOY SUR DEULE</b><br/> <b>REGIE DE RECETTES FACTURATION SCOLAIRE ET REPAS DES AINES</b><br/> <b>Place du Général de Gaulle</b><br/> <b>59890 QUESNOY SUR DEULE</b></p> |  |
| <b>COMPTE A DEBITER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                          |  |
| Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter (à compléter obligatoirement) :<br><br>Banque : .....<br><br>Agence : .....<br><br>Adresse : .....<br><br>Code postale : ..... Ville .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Date : .....<br><br>Signature :                                                                                                                                                                          |  |

| Code banque |  |  |  | Code guichet |  |  |  | Numéro de compte |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Clé RIB |  |
|-------------|--|--|--|--------------|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|
|             |  |  |  |              |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |

IBAN : BIC :

## AUTORISATION DE PRELEVEMENT

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DEMANDE DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>N° NATIONAL D'EMETTEUR : FR 88 QSD 569659</b>                                                                                                                                                         |  |
| La présente demande est valable jusqu'à annulation ou modification de ma part, à notifier par courrier en temps voulu à la Régie Recette Centralisée de la ville de Quesnoy-sur-Deûle. Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès du créancier désigné ci-dessous, dans les conditions prévues par la délibération N°80/10 du 01/04/1980 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. |  |                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Nom et adresse du Titulaire du compte à débiter</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>Nom et adresse du Créancier</b>                                                                                                                                                                       |  |
| N° CODE FAMILLE : .....<br>(A remplir par la mairie)<br>NOM, PRENOM : .....<br><br>ADRESSE : .....<br><br>CODE POSTAL : .....<br><br>VILLE : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <p align="center"><b>Ville de QUESNOY SUR DEULE</b><br/> <b>REGIE DE RECETTES FACTURATION SCOLAIRE ET REPAS DES AINES</b><br/> <b>Place du Général de Gaulle</b><br/> <b>59890 QUESNOY SUR DEULE</b></p> |  |
| <b>COMPTE A DEBITER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                          |  |
| Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter (à compléter obligatoirement) :<br><br>Banque : .....<br><br>Agence : .....<br><br>Adresse : .....<br><br>Code postale : ..... Ville .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Date : .....<br><br>Signature :                                                                                                                                                                          |  |

| Code banque |  |  |  | Code guichet |  |  |  | Numéro de compte |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Clé RIB |  |
|-------------|--|--|--|--------------|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|
|             |  |  |  |              |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |

IBAN : BIC :



Ville de Quesnoy-sur-Deûle

## FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION AU PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

N° de dossier (réservé aux services administratifs de la mairie) : .....

Je soussigné(e) Madame – Mademoiselle - Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Autorise la commune de Quesnoy-sur-Deûle, par l'intermédiaire de sa régie de recettes, à prélever sur mon compte bancaire ou postal les prestations communales suivantes indiquées sur la facture mensuelle : **repas à domicile et/ou repas à table**

Je joins à cet effet la demande de prélèvement et l'autorisation de prélèvement qui seront adressées à mon établissement bancaire ou postal par la ville de Quesnoy-sur-Deûle.

Tout changement de domiciliation bancaire ou postale ainsi que la dénonciation de cette demande de prélèvement, devra être notifiée à la régie de recettes **au minimum un mois avant l'échéance.**

L'attention du débiteur est attirée sur le fait qu'en cas de rejet de prélèvement il se verra imputer les frais liés à ce rejet.

Il peut arriver que certaines banques facturent la mise en place initiale du prélèvement automatique : renseignez- vous auprès de votre agence.

Fait à ..... , le.....

Signature (**identique à la signature de la demande et autorisation de prélèvement**) :