



Nom Prénom Enfant(s) : .....

## FACTURATION PÉRISCOLAIRE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT

Nom et Prénom Payeur : .....

☐ Le payeur n'est pas un des responsables légaux (tiers solidaire, etc)

☐ Garde alternée (facturation séparée)<sup>1</sup>

☐ **Paiement directement à la Trésorerie** / Adresse de facturation : .....

.....

☐ **Prélèvement automatique** : ☐ **RIB** (si différent de l'année dernière)

☐ **Mandat de prélèvement** complété, daté et signé ci-dessous (1 par famille !)



|                                                                                                                |                                                                                                                        |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Créancier :</b><br>Mairie de St-Médard de Mussidan 3<br>bis rue de la Mairie<br>24400 ST-MÉDARD DE MUSSIDAN | <b>MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA</b><br><b>Référence unique du mandat (RUM)</b><br><b>Type de contrat : Péri scolaire</b> | Identifiant du créancier SEPA :<br><b>FR18ZZZ662875</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la **commune de St Médard de Mussidan** des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte aux instructions de la **commune de Saint-Médard de Mussidan**.

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.

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Identification du débiteur</b><br>Nom, Prénom et adresse du débiteur | <b>Identification du compte bancaire</b><br>IBAN (Identifiant International de compte)<br><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><br>BIC (Identifiant International de l'établissement)<br><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE** (au format IBAN BIC)

**Type de paiement :** récurrent

**Date et signature :**

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Commune de Saint Médard de Mussidan. 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 St-Médard de Mussidan.

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.

**<sup>1</sup> Paiement en garde alternée :**

Le logiciel de facturation permet de répartir la facture entre les deux parents, qu'ils exercent ou non la garde alternée. Merci de compléter et signer le document « Facturation Péri scolaire Séparée », conjointement.



Nom Prénom Enfant(s) :

## FACTURATION PÉRISCOLAIRE SÉPARÉE

### <sup>1</sup> Paiement en garde alternée :

Le logiciel de facturation permet de répartir la facture entre les deux parents, qu'ils exercent ou non la garde alternée. Merci d'indiquer précisément vos demandes et de signer conjointement ce document.

#### RESPONSABLE 1 :

#### RESPONSABLE 2 :

Nom Prénom

.....

.....

**Demande (ex. : semaine paire ou impaire, répartition au prorata, moitié/moitié, etc.)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature des deux responsables légaux :