MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat (RUM) : **FR55ZZZ86194A**

TYPE DE CONTRAT : RESTAURATION SCOLAIRE

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

CREANCIER

Nom : COMMUNE DE SAINT-JORIOZ

Adresse : Place de la mairie

Code postal : 74410

Ville : SAINT-JORIOZ

Pays : France

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR55ZZZ86194A

DEBITEUR

Nom : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Paiement : récurrent/répétitif

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN

BIC

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Signé à : **Le :** **Signature :**

Rappel : *En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par* **la commune de Saint-Jorioz.**

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.