

## 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**  
**36 Boulevard de Maule**  
**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: FR06ZZZ545236

Nom : Commune de Saint Saturnin

Adresse : 36 Boulevard de Maule

Code postal : 72 650

Ville : SAINT SATURNIN

Pays : FRANCE

BIC

[illegible]

IBAN

[illegible]

**Veillez 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.