

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT 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 :

MAIRIE DE SELLES-SUR-CHER
(service comptabilité)
1 PLACE CHARLES DE GAULLE
41130 SELLES-SUR-CHER

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Trésor Public de Contres à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **la Mairie de Selles-sur-Cher**. 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**

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*)

Adresse : (*)

.....

Code postal : (*)

Ville : (*)

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA

Nom :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Pays :

BIC

[illegible]

IBAN

[illegible]

Veuillez 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.