MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CREANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CREANCIER).
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.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

FR86ZZZ543990

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER	DÉSIGNATION DU CRÉANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif ☐
Paiement ponctuel ☐

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

Nom du tiers débiteur :

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

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par (NOM DU CREANCIER). 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 (NOM DU CREANCIER).

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.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ADHESION AU PRELEVEMENT A L'ECHEANCE

Nom: .....

Prénom :.....

Adresse :
.....
.....

Code Postal : _ _ _ _ _

Ville : .....

N° de téléphone :.....

Nom et prénom des enfants:
.....
.....
.....

☐ **Restauration scolaire – PRELEVEMENT LE 10 DU MOIS**

☐ **Restauration municipale – PRELEVEMENT LE 10 DU MOIS**

Date et signature:

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès et de rectification auprès de votre trésorerie, dans les conditions prévues par la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.