

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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

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 CREANCIER SEPA

FR86CAN596564

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays : FRANCE

DESIGNATION DU CREANCIER
Nom : MAIRIE DE LARAJASSE
Adresse : PLACE DE LA MAIRIE
Code postal : 69590
Ville : LARAJASSE
Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)					IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)									
F	R													

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif **le 15 de chaque mois**
(Paiement ponctuel **non**)

Signé à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature :

--

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 la Commune de LARAJASSE. 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 LARAJASSE.