



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

(en cas de 1^{ère} adhésion au prélèvement automatique ou de changement de coordonnées bancaires)

Type de contrat : FACTURATION SERVICE ENFANCE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **COMMUNE DE DOMANCY** 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 DOMANCY**.

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

FR19ZZZ571968

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, Prénom :	Nom : COMMUNE DE DOMANCY
Adresse :	Adresse : 419, Route de Létraz
Code Postal :	Code Postal : 74700
Ville :	Ville : DOMANCY
Pays :	Pays : France
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) : _____	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC) : _____	

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif (plusieurs factures sont à régler au cours de l'année civile)

Signé à :

Signature :

Le

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME, ET LE CAS ECHEANT) :
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 la **COMMUNE DE DOMANCY**. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la **COMMUNE DE DOMANCY**.