

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 CHAURAY
MAIRIE – Service Finance
12 PLACE DE L'EGLISE
79 180 CHAURAY

Choix date de prélèvement (*) : 8 du mois

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LA COMMUNE DE CHAURAY 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 CHAURAY. 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 : FR 15 ZZZ 6 6 2 3 4 7

Nom : COMMUNE DE CHAURAY

Adresse : MAIRIE – 12 PLACE DE L'EGLISE

Code postal : 79 180

Ville : CHAURAY

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*) :

A (*) :

Signature (*) :