MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

Type de contrat : Facturation périscolaire

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Mairie de COLLONGES-SOUS-SALEVE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie de COLLONGES-SOUS-SALEVE
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

FR 02 ZZZ 550158

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : MAIRIE DE COLLONGES-SOUS-SALEVE Adresse : BP 20 Code postal : 74165 Ville : COLLONGES-SOUS-SALEVE cedex Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) — IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

I B A N | | |