MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Commune de Savignac de l'Isle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la Commune de Savignac de l'Isle.
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.

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Référence unique du mandat : _____

Nom : _____ **Prénom** : _____

Adresse: _____

_____

Code Postal : /_/_/_/_/_/

Ville : _____ **Pays** : _____

DESIGNATION DU CREANCIER

Identifiant créancier SEPA : **FR49ZZZ677158**

Nom : Commune de SAVIGNAC DE L'ISLE

Adresse : 6 avenue du château
Code Postal : 33 910
Ville : SAVIGNAC DE L'ISLE **Pays** : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IBAN |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

|_|_|_|_| |_|_| |_|_| (|_|_|_|)

Type de paiement : Mensuel

Signé à : Signature :

Le :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

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.