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 :

ACCUEIL DE LOISIRS ARLEQUIN
10 Rue Auguste La Houlle
56400 AURAY

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **ENFANCE AURAY REGIE DE RECETTES - MAIRIE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **ENFANCE AURAY REGIE DE RECETTES – MAIRIE.**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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,*

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : récurrent / répétitif

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse :(*) _____

_____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA : F R 2 8 Z Z Z 5 2 6 7 0 1

Nom : **ENFANCE AURAY REGIE DE RECETTES - MAIRIE**

Adresse : **100 PLACE DE LA REPUBLIQUE**

Code postal : **56400**

Ville : **AURAY**

Pays : **FRANCE**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

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

Le (*) : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

A (*) : ……

Signature (*) :

Rappel :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par ENFANCE AURAY REGIE DE RECETTES – MAIRIE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'éxécution par simple demande à ma banque. Je règlerai le différend directement avec ENFANCE AURAY REGIE DE RECETTES – MAIRIE.