MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Communauté de Communes Sauldre et Sologne à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Communauté de Communes Sauldre et Sologne.

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
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom * ..... Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse * ..... Numéro et nom de la rue

* Code Postal * ..... Ville

* ..... Pays

Les coordonnées de votre compte * Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

* Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)

Nom du créancier COMMUNAUTE DE COMMUNES SAULDRE ET SOLOGNE
Nom du créancier

FR60ZZZ603240
Identifiant du créancier

7 Rue du 4 Septembre
Numéro et nom de la rue

18410 Code Postal — ARGENT SUR SAULDRE Ville

France
Pays

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif | X

Signé à * ..... 2 Lieu — Date

Signature(s) : * Veuillez signer ici

Note:Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier