QUETTREVILLE SUR SIENNE

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA
ASSAINISSEMENT

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

SDEAU 50
7A Allée du Château de la Mare
50200 COUTANCES

Type de Paiement :

☐ Prélèvement mensuel ☐ Prélèvement automatique à l'échéance

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.
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.*

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse :(*) _____

_____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA : FR48ZZZ545353

Nom : **Commune Quettreville sur Sienne**

Adresse : 17 rue du Mont Saint Michel

Code postal : 50660

Ville : QUETTREVILLE SUR SIENNE

Pays : FRANCE

BIC | | | | | | | | | | | |

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat ET joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB au format IBAN BIC)

Le (*) : .....

A (*) : .....

Signature (*) :

Si payeur différent du titulaire du contrat :

Réf Branchement : ..... Nom du titulaire du contrat : .....

Rappel : en signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la commune de Quettreville sur Sienne. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la commune de Quettreville sur Sienne.