

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez COMMUNAUTE DE COMMUNES PONTAILLER VAL DE SAONE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de COMMUNAUTE DE COMMUNES PONTAILLER VAL DE SAONE. 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.

Identifiant créancier SEPA (ICS)

**FR07ZZZ8226FA**

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
Nom, prénom :  Adresse :	<b>COMMUNAUTE DE COMMUNES PONTAILLER VAL DE SAONE RLE DE RICHEBOURG 21130 AUXONNE</b>

Désignation du compte à débiter	
NOM DE LA BANQUE :	
ADRESSE :	
COMPTE A DEBITER	
_____	_____
<u>Identification internationale (IBAN)</u>	<u>Identification internationale de la banque (BIC)</u>
_____	_____

<b>Type de paiement :</b>	Récurrent /répétitif <input type="checkbox"/>	Mensuel <input type="checkbox"/>
	Ponctuel <input type="checkbox"/>	

Signé à _____	Signature : _____
Le : _____	

Nom du tiers débiteur (si différent du débiteur lui même et le cas échéant) : _____
---

### JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

#### Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par COMMUNAUTE DE COMMUNES PONTAILLER VAL DE SAONE. 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 COMMUNAUTE DE COMMUNES PONTAILLER VAL DE SAONE.