MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mairie de Mortagne sur Sèvre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie de Mortagne sur Sèvre.

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
NOM …… PRENOMS ……
ADRESSE ……
CODE POSTAL |__|__|__|__|__| VILLE ……

DESIGNATION DU CREANCIER	**IDENTIFIANT CREANCIER SEPA**
MAIRIE BP 37 85290 MORTAGNE SUR SEVRE	FR66ZZZ497305

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER
IBAN |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|
BIC |__|__|__|__| |__|__| |__|__|

Ce document doit être **accompagné obligatoirement d'un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal**

Le …… A …… Signature :