

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Objet du mandat : RESTAURATION SCOLAIRE

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez la MAIRIE DE GIBERVILLE 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 GIBERVILLE

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

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE (* à compléter)

Nom, prénom *	<input type="text"/>
Adresse *	<input type="text"/>
Code postal *	<input type="text"/>
Ville *	<input type="text"/>
Pays *	<input type="text"/>

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : MAIRIE DE GIBERVILLE
Adresse : Esplanade Raymond Collet
Code postal : 14730
Ville : GIBERVILLE
Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER (* à compléter)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) *

FR

<input type="text"/>
---/---/---/---/---/---

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC) *

<input type="text"/>

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Signé à : GIBERVILLE
Le (JJ/MM/AAAA) *

Signature (inscrire nom et prénom) *

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 MAIRIE DE GIBERVILLE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différent directement avec la MAIRIE DE GIBERVILLE