

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

**Objet du mandat :** RESTAURATION SCOLAIRE ET/OU ACCUEIL DU MATIN

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 IDENTIFIANT CREANCIER SEPA la MAIRIE DE GIBERVILLE

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que **FR** \_\_\_\_\_ 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 autorisé

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

## DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE

## DESIGNATION DU CREANCIER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Nom : MAIRIE DE GIBERVILLE – SERVICE SCOLAIRE

Adresse : rue Elsa Triolet

Code postal : 14730

Ville : GIBERVILLE

Pays : FRANCE

## DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

FR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Type de paiement :** Paiement récurrent / répétitif  x  
Paiement ponctuel

Signé à : GIBERVILLE

Le (JJ/MM/AAA) :

Signature :

## 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.*