DISTRICT URBAIN de FAULQUEMONT
Communauté de Communes

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat *(cadre réservé à la collectivité)* **:** _____

TYPE DE CONTRAT : PRELEVEMENT DE LA FACTURE DE REDEVANCE DES ORDURES MENAGERES

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez, Monsieur le Président de la Communauté de Communes du District Urbain de Faulquemont, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Monsieur le Président de la Communauté de Communes du District Urbain de Faulquemont

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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 60 ZZZ 470544

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
Adresse :

Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

District Urbain de Faulquemont

1 allée René Cassin
57380 FAULQUEMONT

FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent/répétitif

J'opte pour*:
☐ le prélèvement semestriel**
☐ le prélèvement mensuel**

Cocher la case correspondante
*** Joindre un relevé d'identité bancaire (au format IBAN BIC)***

Numéro de téléphone : _____

Signé à: _____ le _____

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT)

Nom du tiers débiteur : _____