

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez _____ à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de _____. 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)

FR75ZZZ576780

Désignation du titulaire du compte à débiter

Nom, prénom :

Adresse :

Désignation du créancier

SISCOL - CANTINE

Mairie de Lapalisse
Place du 14 Juillet
03120 LAPALISSE

Désignation du compte à débiter

NOM DE LA BANQUE :

ADRESSE :

COMPTE A DEBITER

Identification internationale (IBAN)

Identification internationale de la banque (BIC)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Type de paiement :

Récurrent /répétitif

Ponctuel

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 _____. 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 _____.